FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 — **THÈSE** — N° 910

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CUKIER Jacob, Michel

né le 21 Mars 1933 à Paris 12°

Interne des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté

Présentée et soutenue publiquement le **22 Juin 1962**

COMMENT TERMINER UNE CYSTECTOMIE TOTALE POUR TUMEUR DE VESSIE

Président : **Mr R. COUVELAIRE** ***Professeur***

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — **THÈSE** — Nº 910

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CUKIER Jacob, Michel

né le 21 Mars 1933 à Paris 12°

Interne des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 1962

COMMENT TERMINER UNE CYSTECTOMIE TOTALE POUR TUMEUR DE VESSIE

Président : Mr R. COUVELAIRE *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/commentterminеru0011unse

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERCBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents à qui je dois tout.

A mes parrains.

Aux miens.

A mon Maître le Professeur R. COUVELAIRE

Il a inspiré cette thèse.

Il la préside.

Celui à qui il fit l'insigne honneur d'accepter d'être "Le Patron", le prie de trouver ici le témoignage d'une admiration et d'une reconnaissance profondes.

A la mémoire de mon premier Maître d'Internat :

le Docteur GUEULLETTE.

Sa probité, sa sévérité, sa gentillesse
resteront toujours un modèle.

A mes Maîtres d'Internat

- Le Professeur **HUGUIER**,
  qui sut m'enseigner sans jamais rien m'imposer.

- Le Professeur **CORDIER**,
  Maître de Chirurgie autant que d'Anatomie.
  Il m'a fait regretter qu'un semestre d'Internat fut si court.

- Le Professeur **MOULONGUET**,
  Grand Seigneur de la Chirurgie "à la française".

- Le Professeur **MERLE D'AUBIGNE**
  qui m'a appris combien l'orthopédie et l'urologie étaient
  soeurs par la rigueur des raisonnements.

- Le Docteur **PETIT**,
  Son travail, quotidien, attentif, sans relâche fait progresser
  la chirurgie infantile comme une Science.

A mes Maitres dans les Hôpitaux

- Le Docteur LOYGUE, Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux

  Il m'a convaincu que le chirurgien est responsable de la tenue de ses sutures.

- Le Docteur FAUREL, Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

  Fidèle à la tradition des grands enseignants de la pathologie.

- Le Docteur CABROL Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

  Capable de mener de front l'Anatomie, la Chirurgie et l'Expérimentation.

- Le Docteur CERBONNET, Professeur Agrégé, qui sait être tout à la fois un Clinicien et un opérateur remarquable.

- Le Docteur GARBAY, Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

  Le spécialiste dans tous les domaines.

- Le Docteur VILAIN, Chirurgien des Hôpitaux,

  Dont l'humour légendaire ne saurait faire oublier qu'il est pour moi, un Maître, un Frère, un Ami.

- Le Docteur AUVERT, Professeur Agrégé.

  Il regarde l'Urologie comme un savant.

- Le Docteur H. GARNIER, Professeur Agrégé,

  L'exemple du chirurgien généraliste à l'aise dans tous les domaines.

- Le Docteur A. MOULONGUET, Professeur Agrégé.

- Le Docteur RAMADIER, Professeur Agrégé,

- Le Docteur POSTEL, Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

- Le Docteur MEARY, Professeur Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux,

- Le Docteur BLOCH-MICHEL
  et dont je fus l'Interne Provisoire.
- Le Docteur J.J. WELTI

Aux Docteurs :

- A. PIRONNEAU
- SCALI
- E. LEVY
- E. MAGDER
- CENDRON
- BORDE
- QUENEAU

A mes Conférenciers :

D' Externat :

- DAMOISEAU
- CRESSON
- CASTAING

D' Internat :

- CRESSON
- FELLUS
- RAPIN
- CHARLEUX.

A tous mes Collègues et à tous mes Amis.

INTRODUCTION

Une fois la vessie enlevée totalement, parce que condamnée par la tumeur qu'elle porte, il reste 3 orifices : deux urétéraux, un uréthral. Les deux premiers continuent à donner l'urine, le troisième est loin, se dessinant sur la tranche prostatique, car en règle c'est l'homme qui subit une cystectomie totale.

Que faire des uretères ? Comment récupérer l'urèthre et lui permettre d'acheminer comme auparavant les urines vers l'extérieur, lors de mictions ? Voilà les données du problème. Nous allons essayer de participer à sa solution en reprenant l'étude de 157 dossiers de cystectomies totales pour tumeur de vessie mis à notre disposition par le Professeur R. COUVELAIRE et ses collaborateurs.

Notre propos est donc d'étudier le mode d'établissement du flux urinaire après une cystectomie totale :

- à l'exclusion de toute justification de l'exérèse.
- à l'exclusion de toute recherche d'indication thérapeutique en fonction de telle ou telle tumeur,
- à l'exclusion des cystectomies subtotales très larges, mais qui dans le but louable de vouloir préserver au maximum la continence, laissent un fragment de col, voire de trigone, ne méritant plus alors le nom de cystectomie totale,
- à l'exclusion enfin de toute précision technique sur l'exécution d'une cystectomie totale.

Cystectomie totale simple, cystectomie totale élargie, chez l'homme ou chez la femme, le temps d'exérèse est parfaitement réglé. Une fois son apprentissage fait, la cystectomie se fera toujours de la même façon pour un opérateur donné.

Intervention réglée, ne veut pas dire pour autant intervention bénigne. Elle peut être longue, parfois difficile, suivie de ce cortège de complications post opératoires communes à toute la grande chirurgie d'exérèse des cancers pelviens.

Choc opératoire irréversible, déséquilibre hydro-électrolytique encombrement trachéo-bronchique, maladies thrombo-emboliques, les éviscérations, les ramollissements cérébraux se voient après cystectomie totale tout comme ils peuvent se voir après exérèse élargie d'un cancer du col utérin, ou d'un cancer du rectum. La gravité opératoire de ces diverses interventions devrait donc être sensiblement égale. Or, il n'en est rien. La cystectomie totale pour tumeur de vessie reste une intervention incomparablement plus sévère. Pourquoi? parce qu'un certain nombre d'opérés risquent de mourir non pas de leur cystectomie totale, mais de la dérivation des urines.

L'établissement du flux urinaire apparaît donc comme un acte distinct de l'exérèse. Nous lui consacrerons les deux grands chapitres de ce travail. Tous deux traiterons des différents modes de dérivation urinaire, le premier sous l'angle du pronostic opératoire immédiat, le second sous l'angle des résultats lointains.

PLAN

A - MATERIEL D'ETUDE.

B - LE PRONOSTIC IMMEDIAT DES CYSTECTOMIES TOTALES POUR TUMEUR DE VESSIE.

I - Mortalité globale.

II - Mortalité en fonction de chaque mode d'établissement du flux urinaire.

1) urétérostomie cutanée bilatérale.

2) urétéro-sigmoïdostomie dans un intestin non soustrait au transit fécal avec sphincter anal intact.

3) Les urétérostomies cutanées indirectes trans-intestinales.

   a) trans-iléales (Bricker)
   b) trans-iléo-caecales
   c) trans-sigmoïdiennes

4) Les néovessies rectales soustraites au transit fécal.

5) Les vessies de substitution rétablissant le flux urinaire par les voies naturelles.

   a) avec l'iléon
   b) avec le colon

6) Influence des irradiations transpariétales pré-opératoires sur les résultats post-opératoires immédiats.

7) Influence de la Radiumthérapie sur les résultats post-opératoires immédiats.

8) Importance d'un temps de dérivation urinaire préalable devant un important retentissement sur le haut appareil urinaire et un état d'insuffisance rénale.

Conduite à tenir en présence d'un rein muet à l'U.I.V.

9) Importance de la succession des temps opératoires dans les tumeurs malignes très étendues.

10) Quelques précisions techniques sur l'utilisation du greffon intestinal.

C - LES RESULTATS LOINTAINS DES DIVERS MODES DE TERMINAISON DES CYSTECTOMIES TOTALES

1 - Des urétérostomies cutanées.

2 --Des implantations urétéro-coliques

3 - Des vessies rectales

4 - Des urétérostomies cutanées trans-intestinales

5 - Des néovessies iléales

6 - Des néo-vessies coliques.

MATERIEL D'ETUDE

Ce travail porte sur l'étude de 157 dossiers de cystectomies totales exécutées par le Professeur R. COUVELAIRE et ses assistants depuis 1946.

Cent trente de ces tumeurs étaient malignes : soit 83 %.

Vingt trois étaient bénignes : soit 14, 64 %

Restent quatre tumeurs dont la nature histologique exacte n'a pu être précisée. Ces quatre tumeurs, papillaires, très différenciées, se classent à mi-chemin entre les carcinomes très différenciés et d'authentiques tumeurs bénignes papillaires.

Pour en revenir aux tumeurs malignes, 107 étaient des tumeurs largement infiltrantes, envahissant au minimum la musculeuse vésicale. Ce qui représente 68, 14 % de toutes les tumeurs traitées par cystectomie totale et 82,3 % de la totalité des tumeurs malignes. Dans vingt trois cas il s'agissait de ces tumeurs malignes "en surface" n'envahissant que la sous-muqueuse, voire les fibres les plus superficielles de la musculeuse. Elles correspondent à 14, 64 % de la totalité des tumeurs enlevées, et 17, 7 % des cancers de vessie.

Type de la tumeur vésicale	Nombre	%
Cystectomie totale pour tumeurs malignes largement infiltrantes.	107	68, 14 % 82,3 % des tumeurs malignes
Cystectomie totale pour tumeurs malignes "en surface"	23	14, 64 % 17, 7 % des T. malignes
Cystectomie totale pour tumeurs histologiquement bénignes	23	14,64 %
Cystectomie totale pour tumeurs difficiles à classer	4	2,5 %
TOTAL	157	100 %

Les divers types de tumeurs de vessie qui ont imposé une cystectomie totale.

Première Partie

LE PRONOSTIC IMMEDIAT DES CYSTECTOMIES TOTALES POUR TUMEUR DE VESSIE

MORTALITE GLOBALE

Nous comptons comme facteurs de mortalité opératoire tous les accidents responsables de la mort d'un opéré, survenus dans le premier mois, qui suit l'intervention; mois pendant lequel l'opéré n'a encore pu quitter son lieu d'hospitalisation. Cette mortalité opératoire ne saurait être étudiée sans scinder les tumeurs malignes, des tumeurs bénignes.

130 tumeurs malignes ont subi une cystectomie totale, la mortalité opératoire s'y élève à 43 %. C'est-à-dire que sur ces 130 opérés, 56 sont morts, 74 ont survécu à l'intervention.

En regard de ces cystectomies pour tumeurs malignes. les cystectomies totales pour tumeurs bénignes apparaissent moins sévères mais la mortalité reste lourde : 23 opérés, 6 morts dans les suites opératoires (26 %).

Restent les 4 tumeurs histologiquement inclassables. Ce sont 4 guérisons opératoires, élément faussement favorable dans l'une ou l'autre statistique ils ont été écartés de cette étude.

MORTALITE POST-OPERATOIRE DANS LES CYSTECTOMIES TOTALES POUR TUMEUR DE VESSIE

Tumeurs malignes largement infiltrantes	107	47	43 %
Tumeurs malignes en surface	23	9	39 %
Tumeurs malignes quel que soit leur degré d'envahissement	130	56	43 %
Tumeurs histologiquement bénignes	23	6	26 %
Tumeurs de type histologique difficile à définir	4	0	0 %
TOTAL	157		

Les accidents mortels relevant directement de la dérivation urinaire se répartissent ainsi qu'il suit

- 8 lachages de sutures urétéro-digestives.
- 2 lachages d'anastomoses iléo-prostatiques lors d'une iléoplastie.
- 4 désunions d'anastomoses colo-coliques ou iléo-iléales lors de la confection d'un greffon intestinal pour intestinoplastie.
- 4 occlusions du grêle.
- 4 hémorrahies digestives et urinaires survenues dans la 1ère ou les 2 premières semaines post-opératoires.
- 2 péritonites urinaires.
- 2 cellulites pelviennes suppurées occlusives.
- 2 insuffisances rénales aboutissant à la mort en un mois.

Au total 28 opérés c'est à dire 18 % des cas.

Les lachages d'anastomoses et les occlusions intestinales aiguës se partagent donc l'étiologie de cette mortalité post-opératoire. Quant aux hémorragies digestives elles peuvent relever d'exulcérations diffuses à tout le colon sigmoïde après implantation urétéro-sigmoïdienne ainsi que nous l'avons observé une fois (le deuxième cas d'hémorragie digestive était lié à un ulcère gastro-duodénale, quant aux deux autres, leur origine précise n'a pu être définie par autopsie).

Ces chiffres n'ont pas une valeur absolue, car 3 facteurs viennent en compliquer l'analyse :

- l'habitude qu'a l'opérateur de réaliser une cystectomie totale. Le stade d'initiation se paye toujours cher.

- l'importante diffusion de certaines tumeurs malignes. Rappelons que les premières cystectomies totales de cette série ont été faites par le Professeur R. COUVELAIRE en 1946 ; à cette date n'étaient réservés à la cystectomie totale que les plus mauvais cas de cas de cancers de vessie.

- la nocivité des irradiations transpariétales préalables à tout temps de sutures digestives portant sur de l'intestin irradié.

Nous avons relevé dans la littérature un certain nombre de statistiques :

- D.M. WALLACE en 1960 : 112 cystectomies totales pour tumeurs de vessie avec une mortalité de 21 %.

- ALGAZI dans sa thèse de 1956 rapportant la statistique des

cystectomies totales du service du Dr ABOULKER, 23 exérèses, 6 décès post-opératoires soit un peu plus de 24 %.

- MILNER en 1959, 37 cystectomies totales : mortalité opératoire 19 % se rapprochant des taux habituellement retrouvés.

- T. MILLIN : 15 %.

- A.L. DEAN : une mortalité opératoire de 50 %.

WALLACE, déjà cité retrouve au fond des chiffres que H.J. JEWETT rapportait douze ans avant lui : 35 opérés, 7 morts post-opératoires : soit 20 %.

S'opposant à ce tableau d'ensemble assez sévère les statistiques de E.W. RICHES en 1956 et celles de R.C. GRAVES en 1960 avec 12 % de mortalité pour le premier, 7 % pour le second.

Presque toutes ces séries concernent des cystectomies totales terminées soit par urétérostomie cutanée, soit par une implantation urétéro-sigmoïdienne sur colon intact, mais quel que soit le mode d'établissement du flux urinaire, et WALLACE insiste bien sur ce point, une attitude délibérément opératoire ne reculant pas devant une tumeur qui dépasse les limites de la vessie, se solde obligatoirement par une mortalité élevée. Mortalité plus lourde encore lorsque devant une hémorragie profuse, la cystectomie pour tumeur de vessie devient une cystectomie d'hémostase.

Après avoir étudié la mortalité globale des cystectomies glo-totales nous allons étudier maintenant le pronostic opératoire en fonction du mode d'établissement du flux urinaire.

Successivement seront envisagées :

- l'urétérostomie cutanée,
- l'implantation urétéro-colique avec transit fécal conservé et sphincter anal intact,
- les urétérostomies cutanées trans-intestinales (que le segment d'intestin utilisé soit une anse iléale, la région iléo-caecale, ou le sigmoïde),
- les vessies rectales avec transit fécal non conservé,
- et enfin, les vessies de substitution.

C'est d'ailleurs l'ordre chronologique dans lequel les idées ont évolué.

Les cystectomies totales furent d'abord terminées par une implantation directe des uretères à la peau. Devant l'infirmité ainsi réalisée, il apparut séduisant d'implanter des uretères dans un colon intact confiant ainsi la double continence fécale et urinaire au seul sphincter anal. Les mauvais résultats tant immédiats que lointains firent revenir à une urétérostomie cutanée indirecte utilisant un greffon intestinal intermédiaire entre les uretères et l'abouchement cutané de ce fragment d'intestin, mais ce n'était toujours qu'une urétérostomie cutanée déguisée, avec son infirmité. Vint alors l'idée d'abaisser à l'urèthre et non à la peau l'anse intestinale isolée qui recevrait les uretères : les vessies de substitution étaient nées.

Nous ne ferons que mentionner :

1°) le simple abandon des uretères sectionnés dans le pelvis comptant sur une fistulisation spontanée à la peau pour assurer l'écoulement des urines. Ce procédé, qui termina la première cystectomie jamais réalisée, entraîna le décès de l'opéré en 3 semaines. Encore que les expérimentateurs tels que PERLMAN, KRETCHNER, et A. W. BOHNE aient repris l'idée assez utopique de la régénération spontanée de la vessie après cystectomie totale.

2°) l'abouchement des uretères dans l'urèthre. Il fut exécuté chez l'homme pour la première fois par SOMMEBERG en 1881 après une cystectomie totale pour extrophie vésicale. ALBARAN, après avoir perdu le premier opéré à qui il fit ce type d'intervention, y renonça d'emblée.

3°) l'implantation des uretères dans le vagin. PAWLICK la réalisait en 1888. Son premier cas fut une réussite avec une sur-

vie de 16 années et une continence parfaite. Mais voilà bien longtemps que ce procédé est abandonné.

LES URETEROSTOMIES CUTANEES DIRECTES

La longueur d'uretère restant après la cystectomie totale conditionne le lieu de l'implantation cutanée. Tantôt aucune infiltration ne remonte le long des uretères, ils peuvent être sectionnés le plus bas possible, l'implantation sera iliaque. Tantôt au contraire l'infiltration néoplasique remontant le long de l'uretère la section de celui-ci sera loin de la vessie, et c'est la région lombaire qui recevra l'urétérostomie.

L'abouchement des deux uretères à la peau est considéré comme dans le procédé le plus simple, le plus rapide, le moins meurtrier dans l'immédiat.

Albarran qui en fut le grand promotteur écrivait : "la greffe cutanée des uretères.... présente le grand avantage d'être peu grave en elle-même".

J. ROBERT dans sa thèse en vantait la bénignité d'autant plus que, en fin d'une intervention longue, hémorragique elle peut être vite menée à terme.

R. COUVELAIRE, au 43ème Congrès français d'Urologie, bien que la condamnant pour d'autres raisons, la trouvait être une intervention dont la mortalité opératoire était faible.

En réalité, tous ces travaux ont été faits sur un nombre relativement restreints de cas, l'étude de cette statistique de 157 cystectomies totales permet de retrouver les chiffres suivants :

sur les 107 cystectomies totales pour tumeurs malignes largement envahissantes 29 se sont terminées par une urétérostomie cutanée bilatérale.

18 d'entre elles guérirent de leur intervention, les onze autres sont morts dans les suites opératoires. Quatre dans un tableau de collapsus survenant entre le 1er et le 8ème jour, 2 par insuffisance rénale aboutissant en un mois à l'anurie, 2 par cachexie progressive dans le mois qui suivit l intervention un par coma diabétique, un par hémorragie lors du déméchage de la loge de cystectomie. Un décès est de cause inconnue.

Ainsi dans 11 cas, l'urétérostomie cutanée n'a pas empêché, malgré sa simplicité apparente, une issue fatale.

Sur les 23 cystectomies totales faites pour tumeurs malignes "en surface", 4 furent terminées par une urétérostomie cutanée bilatérale avec 3 succès opératoires mais un décès.

Deux tumeurs bénignes ont eu leur cystectomie totale terminée par une urétérostomie cutanée bilatérale sans mortalité.

En reprenant tous les cas d'urétérostomies cutanées bilatérales faites après cystectomie totale pour tumeur vésicale quelle qu'elle soit, (maligne ou bénigne) les résultats sont les suivants :

Nombre total : 36; décès post-opératoires : 12 soit 33,4 %.

Un tableau résume ces résultats. (page suivante)

Que valent ces chiffres ?

Sont-ils une condamnation de l'urétérostomie cutanée ? Sûrement pas. Ils signifient tout au plus que dans les grandes exérèses de cancers très étendus, l'implantation des uretères à la peau ne change rien à la gravité de l'exérèse. Elle n'assure pas la bénignité à une exérèse dont l'indication est limite. Chez un cancéreux en très mauvais état et porteur d'une tumeur dépassant très largement le plan de la vessie, prévoir une urétérostomie cutanée en fin d'intervention n'autorise pas à dépasser le raisonnable dans les indications opératoires. Chez de tels malades. pour tenter de mettre fin au calvaire d'une cystite intolérable avec pyurie massive, ou à la menace d'une hématurie gravement anémiante il faut commencer par faire une urétérostomie cutanée. Dès lors, de deux choses l'une, :

- ou bien cet acte opératoire mineur soulagera la malade qui n'aura plus alors à subir une cystectomie totale,

- ou bien au contraire malgré l'urétérostomie cutanée la pyurie massive ou l'hématurie inquiétante persistent, une cystectomie totale devra alors être tentée en désespoir de cause, l'expérience a prouvé que cette attitude opératoire en deux temps pouvait donner de bons résultats immédiats.

Huit opérés ont en effet supporté dans de telles conditions une cystectomie totale après une urétérostomie cutanée première.

TABLEAU EXPRIMANT LA MORTALITE DANS LES CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR URETEROSTOMIE CUTANEE BILATERALE

Nature de la tumeur	Nombre Total	Guérisons opératoires		Décès post-opératoires	
		Nombre	%	Nombre	%
Tumeurs malignes largement infiltrantes	29	18	63 %	11	37 %
Tumeurs malignes en surface	4	3	75 %	1	25 %
Tumeurs bénignes	2	2	100 %	0	0 %
Tumeurs histologiquement indéterminées	1	1		0	
Tumeurs de vessie quelle qu'en soit l'histologie	36	24	66,6 %	12	33,4 %

L'IMPLANTATION DES URETERES DANS UN COLON SIGMOIDE NON SOUSTRAIT AU TRANSIT FECAL AVEC SPHINCTER ANAL INTACT

Terminer une cystectomie totale par l'implantation des deux uretères dans un colon intact peut apparaître comme un procédé séduisant. Dans la mesure où le sphincter anal peut à la fois retenir les matières et les urines toute infirmité apparente est supprimée. Le procédé est vieux, SIMON réussissait en 1851 un abouchement des uretères dans le rectum, CHAPUT en 1892, un abouchement des uretères dans le sigmoïde après que SMITH, le premier à l'avoir exécuté par voie extra péritonéale en 1879 ait perdu son malade.

Comme le signale Jean OURADOU dans sa thèse de 1957 il existe plus de 100 techniques de cette anastomose. En pratique cependant ces techniques multiples ne sont que des variantes des trois procédés fondamentaux : anastomose avec tunnellisation comme dans le Coffey première manière, anastomose termino-terminale directe comme l'a décrite NESBIT, enfin l'anastomose mixte, dite combinée, tenant des deux techniques précédentes comme l'ont décrit PETIT en France, et LEADBETTER aux Etats-Unis.

1°) Le COFFEY N° 1

Ce procédé amarre l'uretère dans un tunnel créé dans la paroi colique entre muqueuse et séromusculeuse. L'extrémité de l'uretère est taillée en biseau aux dépens de sa face ventrale. Le sigmoïde est attiré vers cette extrémité, et sur la bandelette colique qui se présente le mieux, la séro-musculeuse est incisée sur une longueur de 3 cms environ. La muqueuse est alors largement décollée puis incisée dans la partie inférieure de la plaie séro-musculaire en s'attachant à ne créer qu un petit orifice muqueux. Le bec de l'uretère est traversé par un fil de catgut serti d'une aiguille à chaque extrémité. C'est ce fil qui, par un point en U transfixiant, accroche l'uretère à la paroi intestinale. L'uretère repose alors dans la tranchée séro-musculeuse que l'on ferme par dessus lui par une série de points séparés au lin.

COFFEY décrivit encore deux autres procédés, l'un sur sonde mais sans tunnel sous séro-musculaire, l'autre sans sonde avec tunnel entre muqueuse et séro-musculeuse mais où la communication entre la lumière urétérale et l'intestin se faisait secondairement par nécrose du moignon urétéral ligaturé. Ce qu'il faut retenir du procédé de COFFEY, c'est l'intubation de l'uretère à l'intérieur de l'intestin sans suture directe de la tranche urétérale à la tranche intestinale, associée à un trajet de l'uretère dans l'épaisseur même de la paroi colique de façon à éviter le reflux colo-urétéral. JEWETT, HINMAN, HIGGINS décrivirent eux aussi chacun deux variantes. MILLIN, BRUNSCHWIG, attachèrent également leur nom à de petits détails techniques.

2°) L'anastomose termino-latérale directe

NESBIT fut le premier à décrire une anastomose réalisant une suture minutieuse de la tranche urétérale (taillée en biseau de façon à lui donner une coupe elliptique) à une incision pratiquée sur une bandelette colique de la même longueur que le biseau urétéral. NESBIT faisait la suture en un plan, CORDONNIER la pratiquait en dehors d'une bandelette et en deux plans.

3°) La technique mixte

Le procédé précédent ne s'oppose absolument pas au reflux colo-urétéral. Alors que la technique mixte garde de l'opération de COFFEY le tunnel entre la muqueuse et la séro-musculeuse, et de la technique de NESBIT une anastomose directe bord à bord suturant la totalité de la paroi urétérale à la seule muqueuse du colon.

L'engouement pour ce procédé vient d'un certain nombre de statistiques émanant des Etats-Unis. Celle de CORDONNIER notamment, qui en 1955 rapportait 70 cas d'implantations urétéro-coliques avec une mortalité post-opératoire ne dépassant pas 4 3 %. La statistique de LEADBETTER la même année est déjà moins optimiste, puisque sur les 65 cas qu'il rapporte la mortalité si elle ne dépasse pas 8 % avec le procédé de COFFEY N° 1, atteint 15 % avec le procédé mixte dont il était l'auteur. HIGGINS en 1950 plaidait dans le même sens mais n'apportait aucun chiffre. Enfin GOODWIN 3 ans plus tard écrivait une technique améliorée par voie transcolique : l'anastomose entre l'uretère et le côlon se faisait non plus par voie extra colique, mais au contraire une incision de 6 à 7 cms menée sur la face antérieure du côlon permettait de faire l'anastomose urétéro-colique par l'intérieur même de la lumière intestinale de la même façon que l'on peut réimplanter un uretère dans une vessie par voie transvésicale.

Cette opinion favorable si elle est encore très répandue aux Etats-Unis, n'est cependant pas unanimement admise dans tous les pays

anglo-saxons. En 1954, JACOBS faisait à propos de 44 observations personnelles une revue de la littérature portant sur 705 cystectomies totales terminées par une implantation urétéro-colique. La mortalité opératoire s'y élevait à 15,2 %. R. SCHAKMAN en 1958 donnait la même impression de nocivité immédiate des implantations des uretères dans le côlon. S. F. WILHELM, en 1948, tout en considérant que l'implantation urétéro-colique pouvait se défendre comme temps préalable à la cystectomie totale, écrivait "l'idéal est de faire dans le même temps l'exérèse et la dérivation urinaire mais cette tactique est à réserver à un malade, une tumeur et un chirurgien exceptionnels. Les fistules urinaires et stercorales sont trop fréquentes".

ALBARRAN la considérait comme dangereuse l'accusant d'être responsable de 76 % de la mortalité.

Ce chiffre s'abaissait à peine à 66,7 % pour DORE et 59,2 % pour PAPIN dans son rapport au Congrès de Chirurgie. Les grands dangers alors invoqués étaient, l'anurie par oedème de la bouche, les péritonites et les cellulites par lâchage d'anastomose, les infections pyélo-rénales aiguës.

GOUVERNEUR et ABOULKER allaient plus loin encore puisqu'ils donnaient pour ce procédé de dérivation urinaire 50 % de mortalité en l'absence même du temps de cystectomie totale.

J. ROBERT dans sa thèse écrivait "étant donné la fréquence, l'importance, la précocité des lésions urétérales dans les cancers de vessie, l'implantation urétéro-colique se trouve contre-indiquée dans la presque totalité des cas.

Il n'est pas sans intérêt de noter que NESBIT lui-même, qui attacha pourtant son nom à l'implantation urétéro-colique bord à bord, écrivait à la fin de sa carrière que l'anastomose urétéro-cutanée était probablement la méthode la plus certaine de succès.

Enfin, tout récemment R. COUVELAIRE, dans son livre "Chirurgie de la Vessie" insistait sur la gravité des implantations urétéro-coliques chez les cancéreux.

Ce tour d'horizon défavorable à l'implantation urétéro-colique est confirmé par les résultats des implantations urétéro-coliques faites dans la série de cystectomies totales ici rapportée.

Dans 39 cas de tumeurs malignes largement infiltrantes l'exérèse s'est terminée par une implantation urétéro-colique.

23 sont morts soit 58,9 %. Il n'y a que 16 opérés qui aient guéri de leur intervention soit 41,1 %.

7 tumeurs malignes "en superficie" ont eu une cystectomie totale terminée par une urétéro-sigmoïdostomie.

5 sont morts soit 71,4 %, 2 seulement ont survécu : 28,6 %.

Enfin cinq tumeurs bénignes se rangent dans le même mode d'exécution de la cystectomie totale avec quatre décès (80 %) et une survie.

Si l'on groupe la totalité des cystectomies totales terminées par une implantation urétéro-colique on se trouve devant les chiffres suivants :

- 51 cas dont 32 sont morts dans les suites opératoires immédiates soit 62 7 %. Une mortalité aussi impressionnante mérite d'être analysée.

Si l'on reprend les 32 décès, les facteurs de mortalité se décomposent ainsi qu'il suit : une cellulite pelvienne suppurée 2 syndromes de déshydratation aiguë 3 encombrements bronchiques une thrombose intra cardiaque une éviscération une péritonite 2 embolies pulmonaires une septicémie une hémiplégie une gangrène des membres inférieurs par lésions des vaisseaux iliaques 5 collapsus cardio-vasculaires 5 fistules urostercorales 4 occlusions, 2 hémorragies digestives massives dont une par exulcérations sigmoïdiennes à l'autopsie 2 décès de cause non vérifiée enfin un arrêt cardiaque en fin d'intervention.

Ainsi les trois grandes causes de mort après anastomoses urétéro-coliques sont

- les fistules urostercorales par lâchage d'anastomoses,
- les états de collapsus cardio-vasculaire,
- les occlusions intestinales, enfin.

Il faut ajouter à cette série un carcinome anaplasique envahissant largement la musculeuse vésicale où à l'exérèse de la vessie s'est associée une néphro-urétérectomie totale pour rein fonctionnellement perdu. La dérivation urinaire s'est faite avec succès par implantation urétéro-colique de l'uretère restant.

MORTALITE DANS LES CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR IMPLANTATION URETERO COLIQUE DANS UN COLON INTACT

Nature de la Tumeur	Nombre de cas	Guérisons		Décès	
		Nombre	%	Nombre	%
Tumeurs malignes largement infiltrantes	39	16	41,1 %	23	58,9 %
Tumeurs malignes "en superficie"	7	2	28,6 %	5	71,4 %
Tumeurs bénignes	5	1	20 %	4	80 %
Tumeurs quel qu'en soit le type histologique	51	19	37,3 %	32	62,7 %

Au total avec une mortalité globale qui atteint 62 7 % l implantation urétéro-colique sur côlon non soustrait au transit fécal apparaît comme le procédé de dérivation urinaire le plus meurtrier ne serait ce que dans l immédiat Paradoxalement cette mortalité atteint 80 % dans les tumeurs bénignes et il n est pas certain que l amélioration de la technique d implantation urétéro-colique améliore les résultats de façon notable En effet il n y eut que 5 lâchages d anastomoses sur la totalité des implantations urétéro coliques ce qui représente 9 8 % Alors que c est pour les implantations urétéro coliques que l on observe le plus grand nombre de complications post opératoires mortelles d ordre général extra urologiques tout comme si ce procédé de dérivation mettait l organisme dans les conditions les plus mauvaises pour supporter un acte opératoire sévère.

Ayant fait toutes les anastomoses sur sonde il n a jamais été observé d accident inhérent à un oedème de la bouche urétéro-colique

Peut-on aller plus loin dans l analyse de ces résultats et se demander si une fragmentation des temps opératoires ne serait pas plus favorable.

Leadbetter dans sa statistique rapporte on l a vu une mortalité globale de 15 % mais le pronostic est meilleur lorsque l implantation des uretères est faite dans un temps séparé préalable à la cystectomie totale. De fait il annonce 17 6 % de mortalité dans les interventions globales exécutant les deux actes d exérèse et de dérivation en un seul temps opératoire alors que la précession de l urétéro sigmoidostomie sur la cystectomie totale fait tomber le taux de mortalité opératoire à 9 %.

WILHELM conseille en extra péritonéal l implantation urétéro-colique droite et dans un second temps l implantation gauche lors du temps d exérèse. Contrairement à JEWETT qui toujours menait ses interventions en un seul temps SWEETSER de Minneapolis plaidait pour la séparation des temps.

R. COUVELAIRE lors du 43ème Congrès français d Urologie défendait l'intervention en un temps comme logique " car retarder l exérèse fait perdre du temps s accroître la tumeur affaiblit l opéré " mais cette défense était toute imprégnée de nuances car ajoutait-il " la cystectomie totale est une opération grave souvent difficile " la méthode idéale est l opération en un temps mais méthode idéale ne signifie pas toujours méthode applicable".

L'étude des résultats de cette série ne permet pas de répondre formellement. En regard des 46 cystectomies totales avec implantation urétéro-colique en un temps qui se soldèrent par 29 décès soit 65,6 % et 17 guérisons opératoires soit 34,4 % il n y eut que 5

interventions en deux temps. Sur ces 5 cas 3 décès et deux guérisons opératoires. Ce qui donne un pourcentage sensiblement analogue. Signalons que ces 5 interventions d'ailleurs ne se ressemblent pas, deux eurent comme premier temps une implantation urétéro-colique bilatérale suivie dans un second temps d'une cystectomie totale isolée. L'un est guéri l'autre est mort d'occlusion intestinale aiguë du grêle par bride. Dans les 3 autres cas, le premier temps fut une implantation urétéro-colique gauche par voie extra-péritonéale, le second une exérèse avec implantation urétéro-colique droite. Un seul est guéri, les deux autres sont morts (arrêt cardiaque, encombrement trachéo-bronchique). Et encore, le seul de ces trois derniers qui ait guéri avait une implantation urétéro-colique protégée par une néphrostomie.

Ainsi, l'étude des résultats. permet de conclure que l'implantation urétéro-colique dans un côlon non soustrait au transit fécal est loin d'être un mode de dérivation urinaire anodin. D'aucuns ont parlé d'une bénignité plus grande chez la femme que chez l'homme. C'est partiellement vrai car sur 11 implantations urétéro-coliques faites chez la femme, 6 sont mortes dans les suites opératoires immédiates (deux collapsus cardio-vasculaires, 2 fistules uro-stercorales, une hémorragie digestive, une embolie pulmonaire). 5 seulement ont guéri, donc même chez la femme qui psychologiquement supporte mieux les mictions anales que ne le fait l'homme, l'implantation urétéro-colique peut difficilement être considérée comme bénigne.

LES URETEROSTOMIES CUTANEES INDIRECTES TRANSINTESTINALES

Sont inclus dans ce chapitre tous les procédés qui abouchent à la peau un segment d'intestin isolé qui reçoit par ailleurs les deux uretères. Ce segment intestinal est variable.

Le plus souvent utilisé est l'intestin grêle. Mais on peut être amené à se servir de la région iléo caecale, et du sigmoïde.

Ces procédés vont être étudiés l'un après l'autre.

L'URETEROSTOMIE CUTANEE TRANSILEALE

TYPE BRICKER

Isoler en anse grêle, prélevée habituellement sur la fin de l'iléon, rétablir la continuité digestive, aboucher une des extrémités du greffon à la peau en iléostomie, fermer l'autre extrémité, et y implanter les deux uretères est devenu un procédé de dérivation urinaire à la mode.

BRICKER la réalise le 1er après une exentération pelvienne en 1950. Il semble d'ailleurs qu'il ne puisse bénéficier du droit de priorité car STEIFFERT en 1957 réalise la même dérivation avec succès.

Le terme de vessie iléale à la peau communément admis n'est pas le terme exact. Car ce greffon intestinal n'est qu'un chemin que l'urine parcourt rapidement pour se déverser à l'extérieur. Il n'a de la vessie ni la capacité de retenir les urines, ni celle de les vider à l'occasion de mictions.

Sans nous préoccuper pour l'instant des avantages réels de ce mode de dérivation urinaire, nos chiffres confirment l'impression d'ensemble de bénignité retirée de la lecture de diverses publications.

BRICKER lui-même rapportait récemment 176 cas guéris au prix d'une faible mortalité, confirmant ce qu'il écrivait en 1956. A cette date, la confection d'une urétérostomie cutanée transiléale se soldait par 3 % de mortalité lorsqu'elle s'associait au temps d'exérèse de la vessie alors que les guérisons opératoires atteignaient 100 % lorsque le temps de dérivation urinaire était isolé. BRUNSCHWIG, MILES CORDONNIER, J. OURADOU donnaient la même impression favorable dans leurs écrits.

Récemment dans un article fondamental sur l'utilisation du greffon intestinal dans le traitement chirurgical des tumeurs de vessie R. COUVELAIRE et ses collaborateurs, donnent des résultats immédiats tout aussi favorables 1 décès sur 18 interventions.

Seul HOPEWELL en 1956 accusait ce procédé d'entraîner une mortalité opératoire de 30 % relevant de fistules stercorales, de fistules urinaires, d'occlusions enfin. Le risque occlusif est certain. Tout d'abord comme dans toute intervention intra péritonéale importante, mais surtout du fait que la moindre imperfection technique, laissant subsister un anneau péritonéal dans le grand ventre peut se solder par une occlusion aiguë du grêle. Ceci étant évité, l'iléus n'est que paralytique par déséquilibre ionique comme l'a souligné J. CIBERT.

Dans le domaine très précis des urétérostomies iléales terminant une cystectomie totale, ou précédant de peu une cystectomie totale, faite alors secondairement sans toucher au mode de dérivation urinaire les résultats post-opératoires immédiats furent dans cette série les suivants.

Précisons encore que nous ne comprenons dans ce petit groupe que les tumeurs de vessie ayant entraîné une cystectomie totale avec une dérivation urétéro-cutanée transiléale définitive ou non encore transformée en néo-vessie iléale.

Trois possibilités de succession dans le temps sont à scinder :

- iléostomie urinaire première. Cystectomie totale seconde sans toucher à l'iléostomie.
- iléostomie urinaire terminant la cystectomie.
- enfin, iléostomie mettant à la peau un ou les deux uretères, après qu'un état d'insuffisance rénale sévère avec acidose hyperchlorémique soit venu compliquer une implantation urétéro colique bilatérale faite lors d'un temps antérieur après cystectomie totale.

Dans les 5 urétérostomies transiléales toutes faites pour tumeur maligne largement infiltrante, on en distingue :

- 3 du premier groupe
- une du second, et une du dernier groupe.

Il n'y eut aucun décès post-opératoire.

Cette série est trop courte pour permettre des conclusions définitives, mais l'urétérostomie cutanée transiléale, précédant ou accompagant une cystectomie totale est certainement l'un des procédé les plus anodins.

On peut cependant à propos de l'une de ces cinq observations aller plus avant. Non pas à titre de conclusion, mais à titre d'impression favorable. Il s'agit de l'observation N° 144. Un urétérostomie cutanée transiléale vient terminer une cystectomie totale élargie avec curage cellulo-lympho-ganglionnaire, malgré l'ampleur

d'une telle intervention le résultat fut favorable. Ce résultat est important en ce qu'il démontre la possibilité de faire, sans risque, dans le même temps que l'exérèse vésicale la confection d'un greffon iléal que l'on abouche à la peau.

Les avantages de l'urétérostomie cutanée transiléale sont au nombre de trois :

- la bénignité,
- la protection rénale,
- la possibilité de rétablir ultérieurement le circuit urinaire par voie naturelle.

Elle est parfaitement bénigne, 5 opérés sur 5 ont guéri de leur intervention. Elle est même bénigne lorsque l'opéré est dans un état d'insuffisance rénale comme ce fut le cas dans deux de nos malades, l'un ayant une azotémie à 0,80 g, l'autre une azotémie à 0,75 g.

Elle protège parfaitement les reins, nous le reverrons dans la deuxième partie de ce travail, encore qu'il puisse y avoir comme l'a décrit H. COMTE une véritable crise de la "néostomie" dans les semaines qui suivent l'intervention.

Elle ne coupe pas les ponts pour l'avenir, puisqu'elle garde la possibilité de rétablissement ultérieur du cours normal des urines. Elle apparaît alors comme étant le premier temps d'une iléo-cystoplastie. Mais pour que le deuxième temps puisse se faire dans les meilleures conditions encore faut-il savoir préparer correctement l'anse grêle qui reçoit les uretères. Voici comment le Pr. R. COUVELAIRE conseille de pratiquer.

Incision transversale pratiquement à hauteur de l'ombilic au-dessous de lui, sectionnant complètement le grand droit droit et entamant à la demande le grand droit gauche. Cette incision donne un jour remarquable sur tout le petit bassin, elle ne compromet pas la facilité d'un temps abdominal ultérieur qui pourra être mené par médiane sous-ombilicale, elle permet enfin en abouchant l'iléostomie urinaire à la partie droite de l'incision de ne se servir que d'une seule incision.

Le choix du greffon porte sur la partie presque terminale de l'iléon. Il doit recevoir une ou de préférence deux bonnes artères nourricières. L'extrémité droite du greffon est sectionnée en un point qui lui permet d'être amené facilement dans l'extrémité droite de l'incision. La section intestinale est prolongée par une entaille dans le mésentère qui est peu importante. En effet, la mobilité de la partie terminale de l'iléon est habituellement suffisante pour qu'un excès de mobilité ne soit pas demandé à une entaille du méso. L'extrémité gauche du greffon est repérée de telle sorte que

l'extrémité elle-même ou un point situé en aval de celle-ci, puisse être facilement descendue jusque au périnée. Cette anse grêle mesure habituellement de 10 à 15 cm, une longueur plus grande peut-être nécessaire mais ne doit pas dépasser 30 cm.

L'uretère gauche est repéré après décollement du méso-côlon gauche. Une fois sectionné il est introduit à travers un orifice taillé dans le méso-côlon gauche. Le côlon gauche est alors remis en place au besoin suturé à nouveau au péritoine pariétal, mais l'espace décollé est drainé par un drain qui, placé en arrière du méso-côlon gauche, sort par une contre-incision gauche. L'uretère est abouché à l'intestin grêle en un point situé de telle sorte que ni la mise du bout droit à la peau, ni l'abaissement ultérieur de l'extrémité gauche à l'urèthre ne viennent tordre ou couder l'uretère. L'intestin grêle est suturé au méso-sigmoïde sur la distance qui sépare l'abouchement urétéro-iléal de l'orifice de traversée du méso-sigmoïde par l'uretère.

L'uretère droit est traité de la même façon.

L'implantation urétéro-iléale se fait de façon directe termino-latérale en deux plans.

La suture intestino-intestinale, la fermeture de toutes les brèches mésentériques, la confection de l'iléostomie sont des temps qui ont déjà très bien décrits ailleurs pour qu'il soit nécessaire d'y revenir, notre propos étant surtout d'insister sur l'importance de la longueur de l'anse iléale et de l'incision transversale en vue du deuxième temps d'iléo-cystoplastie.

Jusqu'à présent les indications de l'urétérostomie cutanée transiléale terminant une cystectomie totale ont été restreintes puisque seules 5 de nos 157 observations ont bénéficié de ce mode de dérivation urinaire. Ces indications peuvent être schématisées de la façon suivante :

- l'urétérostomie cutanée transiléale doit terminer une cystectomie totale, chaque fois que l'on renonce à la continence des urines. Ce sera le cas chez l'homme lorsque l'envahissement prostatique oblige à enlever la totalité de la prostate. La disparition de l'apex prostatique et de l'urèthre prostatique sous montanal est en effet incompatible avec tout espoir de continence. Ce sera également le cas chez la femme âgée à sphincter anal défaillant qui est une contre-indication absolue à l'implantation urétéro-colique.

L'urétérostomie cutanée transiléale doit préparer une cystectomie totale ultérieure dans deux circonstances :

1°) lorsqu'il existe un état d'insuffisance rénale avec azotémie inférieure à un gramme; ou en l'absence d'insuffisance rénale une distention importante des deux voies urinaires supérieures.

2°) Lorsque pour une tumeur maligne on veut préparer la cystectomie totale par une irradiation. Mais il faut savoir qu'une irradiation transpariétale préalable au temps de cystectomie totale fera de cette iléostomie urinaire une infirmité définitive.

Le risque de lâchage de sutures est en effet trop grand pour envisager le deuxième temps de rétablissement du flux urinaire par les voies naturelles.

LES URETEROSTOMIES CUTANEES TRANSILEO-CAECALES

La région iléo-caecale subit une exclusion bilatérale au moyen d'une iléo-transversostomie. Le caeco-côlon basculé vers la ligne médiane reçoit les deux uretères. L'extrémité iléale du segment intestinal isolé est ouverte à la peau. Initialement ce procédé avait été conçu comme une véritable vessie continente, le malade étant obligé de se sonder lui-même pour vider les urines accumulées dans la poche caecale. En fait, la valvule iléo-caecale, assure exceptionnellement la continence des urines, si bien que l'utilisation de la région iléo-caecale n'est qu'une variété d'implantation urétéro-cutanée indirecte transintestinale.

VERHOOGEN en 1908 est le premier à imaginer le procédé. Confiant le rôle de canal excréteur non pas à la fin du grêle mais à l'appendice, Les deux cas de cancer de vessie ainsi traités par VERHOOGEN sont morts dans les suites opératoires immédiates.

MAKKAS d'Athènes fait une nouvelle tentative en 1910. Il agrandit la poche de réception en utilisant non plus seulement le caecum mais le caecum et tout le côlon ascendant, en implantant l'iléon dans le côlon transverse. Deux ans plus tard LENGEMANN rapporte une statistique de 12 cas exécutés selon le procédé de MAKKAS. La mortalité opératoire s'élevait à 66 % puisque 8 des 12 opérés décédaient dans les suites opératoires immédiates.

C'est en 1951 que MERRICKS et GILCHRIST proposent l'utilisation de toute la région iléo-caecale montée en anti péristaltique. Sur les 18 cas, 16 concernent des cancers pelviens et de la vessie. L'intervention se soldait par 5 décès post-opératoires.

HARPER, BERMAN, HERTZBERG, et BRENDLER rapportent également une série de 7 cas avec deux décès post-opératoires soit 28,3 %.

En 1956 CORDONNIER en publie un cas. Il utilise le caecum abouché directement à la peau sous forme de caecostomie car la production de mucus est telle que l'évacuation des urines à travers le grêle abouché à la peau se ferait avec de très grandes difficultés.

En 1950 BRICKER et EISEMAN après deux échecs consécutifs abandonnaient ce procédé pour en arriver à l'urétérostomie cutanée transiléale.

Pourtant en 1957 GILSCHRIST faisait état de 53 observations dont 5 étaient suivies depuis plus de 5 ans.

Des 157 opérés ici étudiés, aucun ne subit ce procédé de dérivation. Nous n'en avons donc pas d'expérience personnelle. Mais à la lecture des observations rapportées dans la littérature, il ressort que ce procédé n'est pas parfaitement anodin. Dans l'ensemble la mortalité post-opératoire oscille entre 28 et 30 %.

Nous nous rangeons donc à l'avis de J. OURADOU qui dans sa thèse en 1957 préférait l'urétérostomie cutanée transiléale à la vessie caecale.

L'URETEROSTOMIE CUTANEE INDIRECTE TRANS-SIGMOIDIENNE

Utilisée dans le Service à propos de tumeurs vésicales secondaires et dans les exstrophies vésicales, l'urétérostomie cutanée trans-sigmoïdienne n'a jamais encore été utilisée pour une tumeur primitive de la vessie.

La littérature urologique est peu explicite à ce sujet. Mais nous devons insister sur le fait que dans le Service du Dr PETIT, toutes les dérivations urinaires pour exstrophie vésicale ou tumeurs du sinus urogénital de l'enfant se font par vessie sigmoïdienne à la peau.

Le grand avantage en est de pouvoir extrapéritoniser complètement le greffon comme CENDRON et SZCZYPIORSKI l'ont réalisé pour la première fois l'an dernier. Depuis, les ennuis occlusifs semblent avoir disparu. Le recul est trop court, et nous ignorons les possibilités d'abaissement au périnée d'un segment colique préalablement mis à la peau, pour donner de ce mode de dérivation urinaire une étude plus détaillée.

LES NEO-VESSIES RECTALES, SOUSTRAITES AU TRANSIT FECAL

Dans ce type de dérivation urinaire, les deux uretères sont implantés dans le rectum, la continence des urines dévolue au sphincter anal, mais le transit fécal est dérivé. Encore faut-il distinguer deux types de dérivation fécale.

- tantôt, on hésite à confier au seul sphincter anal la double continence des urines et des matières, et l'on admet qu'une colostomie terminale définitive est mieux appareillable et mieux supportée qu'une dérivation urinaire à la peau. Ce sont alors des vessies rectales avec colostomie d'amont.

- tantôt, la continence des matières et des urines est confiée au seul sphincter anal, ce sont alors des néo-vessies rectales avec colostomie périnéale transanale.

Ces deux variantes de néo-vessies rectales vont être étudiées séparément.

LES NEO-VESSIES RECTALES AVEC COLOSTOMIE D'AMONT

La technique de réalisation est facile. Le sigmoïde est séparé du rectum. Les uretères sont implantés dans le rectum tantôt en termino-latérale si l'on a suturé complètement la tranche de section rectale, tantôt en termino-terminale si la tranche de section rectale partiellement suturée reçoit un ou les deux uretères.

Comme le soulignent S. A. WILKINS et S. A. WILLS une situation opératoire brutalement alarmante peut pousser à terminer une cystectomie totale très rapidement. L'implantation urétéro-rectale étant faite, la confection rapide d'un anus fécal iliaque gauche sur baguette est alors un moyen rapide et commode. La fermeture du bout distal du sigmoïde, et la confection d'un anus iliaque gauche définitif terminal sont alors exécutées dans un deuxième temps.

L'idée d'une telle néo-vessie n'est pas nouvelle, MAUCLAIRE, au Congrès français de Chirurgie de 1895, suggérait déjà une telle possibilité dans le traitement de l'exstrophie vésicale. Le premier cas est rapporté en 1905 par RENEDI. KROENIG en reparle en 1907. En 1915 ROVSING fait le premier travail d'ensemble sur la question à propos de 8 opérés. PAULL et HODGES en rapportent 3 cas sans mortalité opératoire. KINMANN, en 1953 publie 7 observations analogues pour tumeur primitive maligne de la vessie sans mortalité opératoire. La même notion de bénignité immédiate est reprise en 1959 par S: A: WILKINS et S. A. WILLS à propos de 6 cas et par BRUNSCHWIG et GREENMAN à propos de 11 observations.

Dans le service du Pr. COUVELAIRE les néo-vessies rectales avec colostomie d'amont sont considérées comme un moyen exceptionnel que seules des conditions particulièrement défavorables peuvent imposer. Nous n'en avons retrouvé qu'une seule observation. Il s'agissait d'un cancer de vessie très étendu envahissant le grêle et le sigmoïde. Le bout proximal du sigmoïde a été implanté à la peau en anus terminal. Le recto-sigmoïde sous-jacent fut utilisé comme vessie. Le résultat immédiat fut favorable, mais la survie lointaine ne devait pas dépasser 5 mois.

LES NEO-VESSIES RECTALES AVEC COLOSTOMIE PERINEALE TRANSANALE

Une section de la jonction recto-sigmoïdienne isole l'ampoule rectale qui reçoit les deux uretères et est complètement refermée. Ainsi est constituée une néo-vessie analogue à celle que l'on vient de voir dans le paragraphe précédent. Le côlon est alors abaissé à travers le sphincter anal jusqu'au périnée. Dans la mesure où le sphincter anal peut assurer à la fois la continence des urines et des matières ce mode de dérivation urinaire supprime toute infirmité apparente.

GERNUSY en fut le promoteur en 1898. L'abaissement colique était alors réalisé en pré-rectal, le côlon traversant le sphincter anal entre en arrière le sphincter lisse et en avant le sphincter strié. **HEITZ-BOYER** et **HOVELACQUE** en 1910 reprenaient le procédé mais de façon extrêmement complexe puisque cette dérivation urinaire envisagée à propos d'une exstrophie vésicale comportait 12 temps opératoires. En effet après une néphrostomie bilatérale 15 jours avant l'intervention, successivement on voyait se dérouler un temps par laparotomie médiane abdominale puis d'autres temps par voie périnéale. Les premiers succès opératoires doivent être attribués à M. **G.MARION** en 1910 et A. GOSSET en 1912. Contrairement à **GERNUSY**, **HEITZ-BOYER** et **HOVELACQUE** faisaient l'abaissement colique en arrière du sphincter, lisse : donc en rétro-rectal.

Des publications éparses devaient jalonner la littérature comme en témoignent les articles de **LASTAIRE** en 1913 et **MELNIKOFF** en 1924 et MIKULI en 1930. En 1953 LEVITSKY rapporte 4 cas avec un mort post-opératoire. Le procédé prenait un élan nouveau aux Etats-Unis en 1955 avec LOWESLEY et JOHNSON qui en rapportent deux cas et l'année suivante ce dernier pouvait publier 17 cas. En France, c'est à partir de 1957 que J. DUHAMEL, et TRUC et HENRIET relancent ce procédé de dérivation. DUHAMEL rapportait en 1957 6 cas dont trois se soldaient par une occlusion post-opératoire ; TRUC et HENRIET en 1959 cinq vessies rectales de ce genre pour tumeur de vessie avec deux décès l'un par péritonite, l'autre par occlusion.

Le procédé n'est pas anodin. Le danger d'occlusion post-opératoire est unanimement reconnu par tous les auteurs. Obtenir une tranche colique abaissée au périnée et qui reste bien vascularisée peut nécessiter le décollement du côlon gauche y compris de l'angle gauche. TRUC, LEVALLOIS et HENRIET pensent que les risques opératoires tiennent à la longueur de l'opération après un premier temps d'évidement pelvien antérieur souvent hémorragique et générateur de choc. Et ils conseillent de conduire l'intervention en deux temps. La connaissance que nous avons de ce procédé de dérivation urinaire est tout à fait livresque puisqu'aucun des opérés du service du Pr. COUVELAIRE n'a pu bénéficier de ce type d'intervention.

LES VESSIES DE SUBSTITUTION

LES ENTEROPLASTIES RETABLISSANT LE FLUX URINAIRE PAR LES VOIES NATURELLES

Le but poursuivi devient idéal, car, une fois la vessie supprimée, parce que condamnée, le réservoir peut être remplacé. Il recueille les uretères, s'abouche à la tranche prostatique.

Si les possibilités sphinctériennes sont conservées, on parvient à créer un néoviscère, capable d'accumuler les urines dans l'intervalle des mictions, et capable de vider les urines lors des mictions.

Encore faut-il avant d'envisager la valeur fonctionnelle de chaque entéroplastie connaître la plus ou moins grande gravité opératoire de ces interventions.

Dans ce chapitre seront étudiées d'abord les plasties utilisant l'intestin grêle, puis les plasties utilisant le colon.

LES ILEO - PLASTIES

Nous ne saurions commencer cette étude sans rappeler que notre Maître P. COUVELAIRE est le premier qui, dans le même temps opératoire que l'exérèse d'une vessie cancéreuse osa remplacer immédiatement la vessie par l'intestin grêle.

Il y a douze ans de cela; très exactement le 3 novembre 1950.

Cet essai fut une réussite.

Une voie nouvelle s'ouvrait dans le traitement chirurgical des tumeurs de vessie.

CUNEO avait pourtant déjà eu l'idée remarquable en son temps de créer une néo-vessie à partir de l'intestin grêle.

Il opérait en deux temps :

Premier temps : isolement d'une anse iléale, dont une extrémité abaissée à l'anus passait entre le sphincter anal et la muqueuse anale décollée.

Dans un second temps il implantait les deux uretères dans le greffon iléal. Mais la continence de son réservoir était dévolue au sphincter anal et ne redonnait pas de mictions uréthrales.

Dans la mesure où le sphincter uréthral est irrécupérable, comme dans les exstrophies vésicales, un tel procédé pouvait être concevable. Il cesse d'être logique lorsque l'exérèse de la vessie et de la partie proximale de la prostate chez l'homme, laisse intact ou presque le système sphinctérien.

Après la publication princeps de R. COUVELAIRE, des publications éparses, rapportant de-ci de-là quelques observations peuvent être recueillies dans la littérature, mais les grandes statistiques sont rares.

Mentionnons celle de G. GIERTZ et C. FRANKSON qui en 1957 rapporte 23 cas de cystectomie totale suivie d'iléo-plastie avec 6 morts post-opératoires par fistules urinaires et occlusion intestinale aiguë.

La thèse de Jacques PINAIRE en 1960, constitue une référence de base. Enfin, la publication déjà mentionnée de notre maître R. COUVELAIRE dans le Journal d'Urologie de 1961 constitue le dernier article complet paru sur ce sujet.

Toutes les iléo-cystoplasties ne furent pas effectuées sur le même mode.

Cinq schémas thérapeutiques différents peuvent être envisagés selon que :

1) l'iléo-plastie est faite dans le même temps que la cystectomie totale sans aucune dérivation urinaire d'amont.

   Le greffon intestinal est abaissé à la coupe prostatique, l'autre extrémité est refermée et les uretères s'abouchent dans le greffon de sorte qu'ils ne soient ni tordus, ni coudés. Que le greffon soit en cercle (Ringplastik) qu'il soit en V recevant les uretères à l'extrémité de chaque branche, s'abouchant à l'urèthre en latéro-terminal, peu importe.

2) l'iléo-plastie est faite dans le même temps opératoire que la

cystectomie totale, mais, une des extrémités du greffon est temporairement ouverte à la peau. Elle fonctionne d'abord comme soupape. Elle nécessite un temps de fermeture secondaire.

3) l'iléo-plastie faite dans le même temps que l'exérèse n'est que le raccord à l'urèthre d'une urétérostomie cutanée transiléale type Bricker faite au préalable.

4) l'iléo-plastie seconde. venant mettre fin à l'infirmité que représente l'urétérostomie cutanée établie lors de la cystectomie totale.

5) enfin, l'iléo-plastie qui récupère lors du temps de cystectomie totale, une urétérostomie cutanée faite au préalable pour une raison variable (désir d'irradier la vessie sous dérivation urinaire; essai de récupération d'une insuffisance rénale ou d'une simple distension urétéro-pyélo-calicielle bilatérale).

Notre statistique comporte 31 iléo-plasties, soit 19,7 % de toutes nos cystectomies totales, avec 9 morts post-opératoires, soit une mortalité opératoire de 29 %. Les 21 restantes furent des guérisons opératoires : 71 %.

Les causes de décès furent 2 fistules urostercorales, une fistule stercorale, 2 fistules urinaires, une occlusion intestinale aiguë du grêle par bride associée à une cellulite pelvienne suppurée, une hémorragie brutale, une non déterminée, une embolie pulmonaire.

Au total cinq lâchages d'anastomose et une occlusion du grêle par bride, sont les causes relevant directement de cette chirurgie intestinale soit 19,3 % des cas.

Nous verrons ultérieurement les correctifs qu'il convient d'apporter à ces chiffres en tenant compte d'une éventuelle irradiation transpariétale préalable.

Si l'on analyse ces résultats en fonction du mode précis d'exécution de l'iléo-plastie, ils se répartissent ainsi :

- 18 néo-vessies iléales faites dans le même temps que la cystectomie totale, sans aucune dérivation urinaire, soit 60 % des cas.

12 guérisons opératoires (63,1 % des cas) et 6 décès (36,9 %). La mortalité relève de : une fistule stercorale, une fistule urinaire, une occlusion du grêle par bride avec cellulite pelvienne suppurée, une hémorragie, une embolie pulmonaire, une cause indéterminée.

- 3 néo-vessies iléales faites dans le même temps que la cystectomie, mais avec une iléostomie urinaire temporaire de sor[illegible]

(soit 9,6 % des iléocystoplaties). 2 guérisons soit 66,6 %, 1 décès par fistule urinaire (33,3 %).

- 3 néo-vessies iléales raccord d'une urétérostomie transiléale type Bricker : (9,6 % des iléoplasties); un échec par lâchage de toutes les anastomoses (33,3 %); deux guérisons opératoires sous couvert d'une iléostomie transitoire (66,6 %).

- 4 néo-vessies iléales récupérant une urétérostomie cutanée faite au préalable avec la cystectomie totale (12,8 % des cas) 4 guérisons opératoires (100 %).

- 3 néo-vessies iléales faites lors du temps d'exérèse récupérant des uretères mis à la peau lors d'un temps préalable (9,6 % des iléocystoplasties) avec deux guérisons opératoires (66,6 %) et un décès par fistule urostercorale (33,3 %).

Ces chiffres méritent d'être analysés de très près. Dans deux rubriques distinctes portant l'une sur la nature de la tumeur, l'autre sur la fragmentation des temps opératoires.

Envisageons d'abord les résultats des cystectomies totales déterminées par une iléocystoplastie en fonction de la nature de la tumeur vésicale.

Sur 21 tumeurs malignes : 13 guérisons, (61,9 %)
8 décès (38,1 %)

Sur 7 tumeurs bénignes : 6 guérisons (85,7 %)

1 décès par embolie pulmonaire (14,3 %) donc aucun décès par complications liées au mode de dérivation urinaire.

Ces résultats confirment ce que nous savons déjà : la cystectomie totale pour tumeur maligne est plus grave que la cystectomie totale pour tumeur bénigne, et dans les tumeurs malignes, pour un mode déterminé de dérivation urinaire la gravité opératoire est d'autant plus grande que l'infiltration tumorale va plus avant.

Sur 14 tumeurs malignes très infiltrantes, 6 décès (42,8 %) et 8 guérisons (57,2 %).

Sur 7 tumeurs malignes en surface 2 décès (soit 29,5 %) et 5 guérisons opératoires.

Rappelons les trois chiffres : 14,3 % de mortalité pour les tumeurs bénignes,

29,5 % pour les tumeurs malignes en surface,

42,8 % pour les tumeurs malignes largement infiltrantes.

La Dérivation urinaire n'est donc pas tout dans la gravité d'une cystectomie totale. Dérivation urinaire comme exérèse y participent chacune pour leur propre compte, et pour un type déterminé d'établissement du flux urinaire la gravité de l acte opératoire va croissant avec l'ampleur de l'exérèse.

Reste à étudier ce problème très important qu est la fragmentation des divers temps d une cystectomie totale. Nous avons vu analytiquement les cinq possibilités qu il y a dans le temps de réaliser une iléoplastie , sans infirmité : il est possible de les grouper deux par deux

1er groupe : 24 cas, les iléoplasties en un seul temps opératoire qui associe l'exérèse de la vessie, la confection du greffon iléal, son raccord immédiat à l'urèthre, qu'il y ait ou non une iléostomie urinaire soupape qu il y ait eu ou non une urétérostomie cutanée préalable au temps d'exérèse. Une telle conduite est idéale puisque le malade entre en salle d'opération porteur d une tumeur de vessie et qu'il en sort tout à la fois débarrassé de sa vessie tumorale et en possession d'une néo vessie intestinale qui lui permettra d avoir des mictions. Cette attitude donne souvent de bons résultats Nous relevons dans notre série 16 cas de ce type qui sont 16 guérisons. Mais ils ne représentent que les 2/3 des cas. Dans les 24 dossiers rangés sous cette rubrique, 8 fois une complication post opératoire mortelle emporta l'opéré.

C'est donc une opération brillante mais comportant un risque certain.

2ème groupe : les iléoplasties qui se déroulent en deux temps Le premier est soit une cystectomie totale terminée par une urétérostomie cutanée et dans ce cas le second temps est une iléoplastie mettant fin à l'infirmité qu'est l'urétérostomie cutanée (4 cas : aucun décès)

- soit une urétérosmie cutanée transiléale type Bricker le second temps étant alors l exérèse et l abaissement du greffon à l'urèthre (3 cas, un décès mais que nous n'aurions plus à présent ce malade qui avait eu une irradiation par Bétatron en pré opératoire). Ce groupe comporte donc sept observations avec un seul cas de mort post-opératoire soit (14,3 %) et si nous soustrayons ce cas préalablement irradié où les anastomoses n'ont pas tenu, nous gardons 6 cas sans aucune mortalité.

La différence entre les deux groupes est notable, 33 % de mortalité dans le premier 14 % de mortalité dans le second (0 % si l'on veut bien soustraire le cas irradié).

Nous pourrions attribuer cette différence, au fait, que dans le deuxième groupe, il n'y a jamais mêlés en un seul temps opératoire l'exérèse vésicale, la confection du greffon et son abouchement à l'urèthre.

En réalité, il faut serrer le problème d'encore plus près, car pour les tumeurs bénignes cette fragmentation des temps opératoires ne joue pas. En effet, nous l'avons vu, 7 tumeurs bénignes et un seul décès par embolie pulmonaire. Chercher à diminuter encore la mortalité dans les cystectomies pour tumeurs histologiquement bénignes relève plus du domaine de la pathologie chirurgicale générale que de l'urologie.

Il en est tout différemment pour les tumeurs malignes. En effet sur les 21 tumeurs malignes traitées par cystectomie totale et iléocystoplatie, il n'y a qu'un seul décès sur les 4 traitées en deux temps. Et si l'on excepte l'opéré après irradiation la mortalité tombe à 0. Alors que le nombre des décès atteint 7 sur les 17 cas traités par une intervention globale (soit 41 %).

Comme précédemment un correctif s'impose en fonction d'une irradiation transpariétale pré-opératoire.

Sur ces 17 opérés en un seul temps, 6 avaient été irradiés avec deux morts post-opératoires. En excluant ce facteur il reste onze opérés pour tumeur maligne de vessie non irradiée, ayant subi en un seul temps l'exérèse et l'iléoplastie. Sur ces onze cas, il y a 5 décès post-opératoires. Mais deux seulement relèvent du mode d'établissement du flux urinaire (observation 38 : lâchage de suture, observation 39 : occlusion du grêle par bride).

Ainsi ayant éliminé tous les facteurs qui telle l'irradiation pré-opératoire, viennent embrouiller l'étude des résultats nous pouvons faire état de deux séries homogènes de tumeurs malignes de vessie traitées par cystectomie totale et iléocystoplastie.

Première série 4 tumeurs traitées en deux temps sans mortalité.

Deuxième série 11 tumeurs traitées en un seul temps avec uniquement deux décès imputables à l'iléocystoplatie soit 18 %.

La différence est nette, mais, elle est amoindrie par l'analyse des deux décès.

Dans l'un d'eux en effet (observation 39) il s'agit d'une erreur d'indication. La tumeur très largement infiltrante dépassait la paroi vésicale. Une telle tumeur ne serait plus actuellement traitée par la seule chirurgie. Nous commencerions par exclure la vessie par urétérostomie transiléale, pour en permettre l'irradiation. Si cette

irradiation était choisie transpariétale, le Bricker serait définitif, si l'irradiation était confiée au radium un raccordement second de l'iléon à l'urèthre pourrait être envisagé.

Ainsi, un sujet jeune en bon état général, maigre, porteur d'une tumeur maligne non irradiée ne dépassant pas les limites de la vessie, peut supporter une cystectomie totale avec remplacement immédiat par de l'intestin grêle.

Ailleurs, si l'état général du malade est trop précaire, s'il est en insuffisance rénale, si la distension des voies urinaires supérieures est bilatérale, si la tumeur est trop largement envahissante pour n'être traitée que par la chirurgie, il faudra non pas terminer la cystectomie totale, mais préparer l'exérèse par une dérivation urinaire préalable.

Ce temps préalable sera :

- soit une urétérostomie cutanée bilatérale, si le sujet est en trop mauvais état général, (le greffon iléal pourra secondairement récupérer ces uretères à la peau).

- soit de préférence une urétérostomie transiléale secondairement raccordée à l'urèthre. Ce raccord ne sera facile que si la longueur de l'anse a été correctement préparée. Sinon tout dépendra de la longueur qui sépare le bout du greffon abaissé du moignon uréthral repéré par béniqué. Si la distance est faible, la taille d'un petit lambeau quadrangulaire sur l'iléon pourra, à la façon d'un BOARI faire gagner les deux ou trois centimètres nécessaires. Si la distance est trop grande, force serait de recourir à un nouveau pontage digestif. On voit là tout l'intérêt de bien préparer le greffon iléal lors du 1er temps.

LES RESULTATS IMMEDIATS DES ILEO-CYSTOPLASTIES POUR TUMEURS DE VESSIE

Nature de la Tumeur	Nombre de cas	Guérisons opératoires		Décès opératoires	
		Nombre	%	Nombre	%
Tumeurs malignes	21	13	61,9 %	8	38,1 %
Tumeurs malignes "en surface"	7	5	70,5 %	2	29,5 %
Tumeurs malignes très infiltrantes	14	8	57,2 %	6	42,8 %
Tumeurs bénignes	7	6	85,7 %	1	14,3 %
Nature histologique indéterminée	3	3	100 %	0	
TOTAL	31 tumeurs				

LES COLO-PLASTIES

Nous entendons par là, de véritables vessies substituées en côlon, l'anse colique isolée, reçoit les deux uretères et s'abouche à l'urèthre.

Les publications sur les vessies coliques ne sont que très rarement appuyées sur un grand nombre de cas et R. KUSS fût l'un des premiers à défendre ce procédé en France.

Deux articles récents sont à mentionner : celui de R. COUVELAIRE et ses collaborateurs et celui de J. P. BOURQUE, tous deux parus dans le Journal d'Urologie en 1961.

Ce dernier rapporte 15 cystectomies totales pour tumeurs vésicales terminées par colo-cystoplastie avec une seule mort post-opératoire. Il accuse 8 fistules urinaires, ou stercorales, ou les deux à la fois, toutes spontanément guéries.

La technique utilisée par le Professeur COUVELAIRE comporte un certain nombre de points particuliers :

- le segment colique isolé (après rétablissement de la continuité colique et fermeture du méso-côlon) est entièrement fermé en 3 plans au catgut à son extrémité supérieure.

- un orifice, du même diamètre que l'intestin est ouvert dans le péritoine , sur la ligne médiane, très en arrière pratiquement à la jonction entre péritoine pelvien et péritoine pariétal postérieur abdominal.

- la tranche inférieure du segment colique isolé, est abaissée au travers de cet orifice péritonéal de sorte que la presque totalité de l'anse colique abaissée se trouve extra péritonisée. Le côlon ayant le calibre de l'orifice péritonéal au travers duquel il passe, aucune brèche n'est laissée dans le péritoine pariétal,

- les uretères sont alors anastomosés au côlon sur sondes, et le côlon suturé à la tranche prostatique.

La statistique que nous étudions comporte 27 cystectomies totales terminées en un seul temps par colo-plastie (17,3 % de toutes

les cystectomies totales).

Le sigmoïde a fourni le greffon 25 fois, le caecum ou le caeco-ascendant 2 fois.

Six de ces opérés sont morts dans les suites opératoires immédiates soit une mortalité de 23,2 % des cas (et 77,8 % de guérisons opératoires). Quatre de ces décès s'expliquent par un lâchage de l'anastomose colique, un par faute technique (l'abandon d'un uretère dans le petit bassin, péritonite urinaire) un par embolie pulmonaire.

Le risque de lâchage de suture colique s'élève donc à 14,4 % et assume à lui seul 66 % de responsabilité dans les décès post-opératoires.

Le correctif que l'on doit apporter à ces chiffres en fonction des irradiations pré-opératoires ne joue que dans un cas traité par BETATRON préalable.

La différence entre tumeurs malignes et tumeurs bénignes est particulièrement accusée.

Huit colo-plasties pour tumeurs bénignes (30 %)

Un seul décès post-opératoire par lâchage de sutures (12,5 %).

Sept guérisons opératoires (87,5 %).

19 colo-plasties pour tumeurs malignes (soit 70 % des cas).

5 décès post-opératoires (26,3 %) pour 14 guérisons (73,7 %).

Encore faut-il distinguer :

- les tumeurs malignes en surface où la mortalité fut nulle dans les quatre cas que nous avons,

- des tumeurs malignes largement infiltrantes où le nombre des décès post-opératoires s'élève à 5 soit (33,3 % des cas).

RESULTATS POST-OPERATOIRES IMMEDIATS

DES COLO-PLASTIES TERMINANT UNE CYSTECTOMIE TOTALE

Tumeurs malignes	19	5 (26,3 %)	14 (73,7 %)
Tumeurs malignes "en surface"	4	0 (0 %)	4 (100 %)
Tumeurs malignes très infiltrantes	15	5 (33,3 %)	10 (66,7 %)
Tumeurs bénignes	8	1 (12,5 %)	7 (87,5 %)
TOTAL	27 tumeurs		

INFLUENCE DES IRRADIATIONS TRANSPARIETALES PRE-OPERATOIRES SUR LES RESULTATS POST-OPERATOIRES IMMEDIATS.

Nous avons déjà trouvé, chemin faisant, plusieurs occasions de mentionner la nocivité des irradiations transpariétales pré-opératoires. L'importance de ce facteur nous paraît telle qu'un chapitre particulier doit lui être consacré.

A notre connaissance, tout en sachant que notre bibliographie n'est pas exhaustive, R. COUVELAIRE dans sa publication parue dans le Journal d'Urologie de 1961, s'appuyant sur 53 dossiers de plasties intestinales est le premier à jeter un cri d'alarme, contre l'utilisation pré-opératoire de l'irradiation transpariétale si l'on envisage une plastie vésicale.

"L'irradiation préalable transpariétale - écrit-il - est une contre-indication absolue à la plastie vésicale". Quel qu'ait été le mode de l'irradiation, roentgenthérapie, conventionnelle, roentgenthérapie à haute énergie, ou télécobaltothérapie.

Nous allons étudier successivement l'influence que peut avoir cette irradiation sur les divers modes de dérivation urinaire qui comportent un temps d'anastomose digestive dans le territoire préalablement irradié, c'est-à-dire, successivement les implantations urétéro-coliques, les iléo-plasties et les colo-plasties.

Sur les 6 fistules urostercorales après implantation urétérocolique, une seule est survenue après radiothérapie pénétrante conventionnelle. Dans les iléo-plasties, sur cinq lâchages d'anastomoses trois sont survenues après une irradiation à haute énergie type Bétatron.

Dans les colo-plasties, sur cinq lâchages de sutures, deux sont survenues après irradiation à haute énergie (l'une après télécobaltothérapie, l'autre après Bétatron). Signalons que la désunion des sutures chez l'opéré ayant subi l irradiation par la bombe au cobalt, est survenue 5 mois après l'intervention alors que tout indiquait jusqu'alors l'évolution vers la guérison.

L'influence de l'irradiation transpariétale préalable apparaît avec plus de netteté encore lorsque le nombre des fistules est rapporté au nombre des opérés.

56 opérés ont subi une implantation urétéro-colique, 5 avaient été irradiés (2 ont eu du Radium local et doivent être exclus de cette série), sur les 49 malades de ce groupe, non irradiés (ni par roentgenthérapie, ni par Radium) 4 firent une fistule uro-stercorale soit 8 % environ; sur les cinq irradiés une fistulisation mortelle soit 20 %.

31 opérés subirent une iléo-plastie. Dix d'entre eux furent irradiés (5 eurent du radium et doivent être exclus de la série). Sur les 16 malades non irradiés : une fistule soit 6,2 % environ, alors que 3 des dix irradiés sont décédés d'un lâchage de suture soit 30 %.

Enfin, sur les 27 cystectomies avec colo-plastie 3 furent irradiées (aucune ne subit de radiumthérapie). Trois des 24 opérés non irradiés désunirent leurs anastomoses soit 12,5 %, alors que sur les 3 malades irradiés 2 sont morts de désunion des sutures soit 66,6 %.

Ainsi, globalement l'on peut dire que l'irradiation multiplie le risque de désunion des sutures par 2,5 dans les implantations urétéro-coliques, par 5 dans les iléo-plasties, par 6 dans les colo-plasties.

Le danger est donc très grand. Les lâchages de sutures peuvent survenir soit dans les premiers jours, soit secondairement quatre à cinq mois plus tard.

Toute irradiation transpariétale est donc à bannir chaque fois que l'on ne veut pas condamner un cystectomisé total à être porteur d'une infirmité définitive, chaque fois donc que l'on envisage de lui redonner un jour les possibilités de miction par l'urèthre. Or, à priori, sauf en cas de tumeurs très largement infiltrantes, énormes, inopérables rien ne permet de savoir si telle dérivation des urines sera définitive ou si l'opéré ne viendra pas un jour implorer que lui soient rendues les facultés d'uriner normalement.

Si bien que l'on est en droit de se demander s'il reste encore quelques indications pour l'irradiation pré-opératoire transpariétale dans les tumeurs de vessie. Il n'y a en tout cas plus aucune raison d'utiliser des doses massives de 6 à 8.000 R.

Après avoir étudié l'importance des irradiations dont la source est extérieure à l'organisme, nous allons étudier l'influence que peut avoir une irradiation dont la source est déposée dans l'organisme.

RISQUES DE LACHAGE DES ANASTOMOSES

Type d'intervention	Sans irradiation transpariétale (ni radium)	Avec irradiation transpariétale
Implantation urétéro-colique	8 %	20 %
Iléo cystoplastie	6,2 %	30 %
Colo-cystoplastie	12,5 %	66,6 %

INFLUENCE DE LA RADIUMTHERAPIE SUR LES RESULTATS POST-OPERATOIRES IMMEDIATS.

Seul l'aiguillage de Radium intra et extra vésical fut utilisé. "Nous n'avons pas l'expérience des deux autres sources d'irradiation intra organiques".

- l'irradiation temporaire par substance radio-active introduite dans la cavité vésicale à l'aide d'un ballonnet.

- l'irradiation interstitielle pratiquée par l'injection intra et péri tumorale de grains ou d'épingles d'une substance radio-active, dont la longueur de vie est connue brève.

Nous n'avons pas trouvé de publications traitant du problème précis des possibilités de chirurgie plastique vésicale, après une une cystectomie portant sur une tumeur vésicale ayant subi de la radiumthérapie focale préalable.

L'étude des résultats réunis dans ce travail laisse à penser que la curiethérapie locale est compatible avec une telle chirurgie.

Nous venons de voir que sur les 56 implantations urétéro-coliques, 5 avaient eu une irradiation transpariétale, ils sont éliminés du calcul. Sur les 51 implantations urétéro-coliques restantes deux eurent du radium intra et extra vésical avant la cystectomie totale avec implantation urétéro-colique. Aucun des deux opérés ne fistulisa ses anastomoses.

En ce qui concerne les iléo-plasties, nous commencerons par éliminer les 10 cas ayant eu une irradiation transpariétale. Cinq des 21 cas utilisables eurent une implantation d'aiguilles de radium. intra et extra vésicale Une fistulisation mortelle dans le groupe des 16 malades non irradiés, s'oppose à la seule fistulisation apparue chez les 5 malades traités par radiumthérapie.

Ces chiffres ne permettent pas de conclure, les cas sont trop peu nombreux mais à priori, ils laissent une impression favorable.

Cette impression est renforcée par le fait suivant rapporté par le Professeur R COUVELAIRE Après implantation de radium une

vessie radique, ratatinée, ayant perdu toute capacité fonctionnelle, peut subir un aggrandissement avec de l'intestin, après cystectomie partielle n'enlevant que la calotte, ou après cystectomie subtotale ne laissant que le trigone.

Si le tissu vésical lui-même après radiumthérapie vésicale, est capable d'assurer une cicatrisation, combien plus le pourront les tissus avoisinants. C'est certain pour le sigmoïde puisque l'implantation urétéro-colique la plus dangereuse de toutes les dérivations est possible sans fistulisation. La certitude est également acquise du côté iléal, puisque le choix peut porter sur une anse éloignée du foyer irradié. Le seul doute sérieux qui persiste est du côté de l'urèthre prostatique. L'apex prostatique est tout proche des aiguilles de radium, il est partiellement irradié et un tissu irradié cicatrise mal. Les cas dont nous pouvons tirer argument prouvent que ce risque est restreint. Quatre des cinq malades traitées par radiumthérapie locale, et iléo-plastie ont cicatrisé. Un seul a fistulisé ses anastomoses. Mais cet opéré (il s'agit de l'observation N° 32) a eu la succession suivante des temps thérapeutiques.

1er temps : urétérostomie cutanée bilatérale; dévascularisation partielle de la vessie par ligature des hypogastriques; implantation pour 7 jours de 15 aiguilles de Radium intra et extra cellulaires.

2ème temps : cystectomie totale et iléo-plastie en un seul temps recueillant au passage les uretères mis à la peau.

Actuellement ce malade (qui fut opéré en 1952) aurait eu dans un premier temps une urétérostomie cutanée transiléale permettant la radiumthérapie sur vessie exclue et secondairement la cystectomie totale avec raccord du Bricker à l'urèthre.

Ainsi, contrairement à l'irradiation transpariétale, la radiumthérapie locale n'est pas une contre-indication aux intestino-plasties.

IMPORTANCE D'UN TEMPS DE DERIVATION URINAIRE PREALABLE DEVANT UN IMPORTANT RETENTISSEMENT SUR LE HAUT APPAREIL URINAIRE ET UN ETAT D'INSUFFISANCE RENALE

CONDUITE A TENIR EN PRESENCE D'UN REIN MUET A L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE

Nous ne considérons pas comme étant un important retentissement sur le haut appareil urinaire la distension urétérale, urétéro-pyélique ou urétéro pyélocalicielle unilatérale avec rein adelphe normal et urée sanguine normale ni la stase urétérale bilatérale avec urée sanguine normale.

Par contre entrent dans ce chapitre les malades porteurs d une tumeur vésicale dont l urée sanguine est élevée au delà de 0,50 g. et ces malades qui tout en ayant une urée normale ont une distension urétéro-pyélocalicielle, bilatérale, sévère

Lors du 43ème Congrès français d'Urologie R. COUVELAIRE propo sait pour les malades ayant une distension bilatérale des voies uri naires supérieures, une double néphrostomie de façon à engager le moins possible l avenir urétéral. L implantation urétéro colique était à ce moment le seul mode de dérivation urinaire recommandé. Une urétérostomie cutanée bilatérale autorisait à la rigueur une réimplantation de l uretère gauche dans le colon descendant voire le sigmoïde mais du coté droit on se trouvait devant la nécessité d im planter l'uretère dans le caecum ce qui expose le plus à la résorption intestinale des composants de l'urine ou de le laisser définitivement abouché à la peau. Nous n avons qu un cas de néphrostomie Il s'agit de l'observation n° 58, rappelons-la en quelques mots

- une pyonéphrose tuberculeuse fait sacrifier le rein droit quelques années plus tard une tumeur maligne largement envahissante étrangle l'uretère et entraîne un état d'anurie.

Une néphrostomie gauche rétablit la situation et la tumeur peut secondairement être enlevée avec succès.

L'attitude devait changer lorsque le même auteur venait démontrer que l'urétérostomie cutanée n'est plus une infirmité définitive grâce à un raccord intestinal.

Avec l'opération de Bricker une possibilité nouvelle apparaissait, donnant à l'opéré un confort immédiat supérieur, assurant aux reins de parfaites possibilités de récupération, et permettant enfin un temps ultime simple : l'abaissement à l'urèthre d'un des bouts du greffon.

Lorsqu'un malade est porteur d'une tumeur de vessie avec retentissement rénal bilatéral, deux problèmes sont à résoudre.

Premier problème : un temps de dérivation préalable est-il vraiment utile ? lorsque l'urée sanguine est élevée, la dérivation préalable est fondamentale, encore que, un de nos opérés ait supporté avec une urée sanguine à 0,80 % une cystectomie totale terminée par une urétérostomie cutanée bilatérale.

La dérivation préalable est également souhaitable, lorsque la distension des voies urinaires supérieures ne s'accompagne pas d'élévation du taux de l'urée sanguine.

Seize de nos cas se rangent dans ce groupe. Etant bien entendu que ne sont retenus que les cas n'ayant eu ni implantation urétérocolique, ni irradiation transpariétale préalable à un temps d'entéroplastie. Six d'entre eux eurent une dérivation préalable. Une amélioration du fonctionnement rénal objectivé par l'urographie pré-opératoire leur permettait à tous sans un manque de supporter l'exérèse vésicale.

Par contre, sur les dix cas qui subirent l'exérèse sans aucune dérivation préalable il y eut deux morts. Leur cystectomie totale s'étant pourtant terminée par une urétérostomie cutanée bilatérale. Sur les 8 survivants il faut mentionner deux malades ayant l'un une stase urétéro pyélocalicielle sévère à gauche et une stase urétérale à droite, l'autre un rein droit muet et une distension urétéro-pyélo calicielle gauche, qui subirent avec succès une cystectomie totale avec remplacement immédiat de la vessie par le côlon. Leur azotémie, il est vrai était normale. Les six autres guérisons concernent des cystectomies totales terminées par urétérostomie cutanée bilatérale.

Donc, il n'est pas question d'opérer de cystectomie totale un opéré dont l'urée sanguine est élevée sans avoir au préalable dérivé ses urines. Il n'est pas prudent d'imposer une cystectomie totale à un malade porteur d'une distension bilatérale importante du haut appareil, même si son taux d'urée sanguine est encore normal.

Deuxième problème : quel procédé choisir ? L'urétérostomie cutanée directe ou la transiléale type Bricker ? Car il est exclu

d'utiliser alors l'implantation urétéro-colique. Le surcroît de travail imposé aux reins par une implantation urétéro colique est tel, que ce procédé est inconcevable chez un insuffisant rénal, sans compter le risque de pyélo-néphrite aiguë ascendante.

Dans cette série de 157 cystectomies totales, on trouve 3 fois une urétérostomie cutanée, deux fois une urétérostomie transiléale type Bricker (nous ne comptons plus la néphrostomie comme un procédé valable). Les deux procédés furent utilisés avec un égal succès. Une urée sanguine au-dessus du gramme doit, de par la sévérité de l'insuffisance rénale dont elle témoigne, faire éviter un acte opératoire majeur et préférer une urétérostomie cutanée directe.

Une urée sanguine inférieure au gramme doit faire préférer une urétérostomie transiléale à moins que par ailleurs, l'état général ne soit très altéré avec un état anémique sévère lié à des hématuries incessantes non corrigés par des transfusions (auquel cas évidemment la dérivation devient une opération de sauvetage et ne saurait être autre qu'une urétérostomie cutanée). Citons deux opérés, l'un est arrivé avec une azotémie à 2,80 g %, après 10 jours de rééquilibration elle descend autour de 0,80 g %; l'autre est un cystectomisé porteur d'un Coffey depuis quelques années. Son état est aussi sévère associant une hyperazotémie à 1,50 à une acidose hyperchlorémique; une rééquilibration de quelques jours ramène l'urée sanguine à 0,75 %. Les deux ont supporté une opération de Bricker. Le grand avantage de l'urétérostomie transiléale est de permettre l'iléoplastie lors du temps ultérieur d'exérèse puisqu'il ne s'agira plus alors que d'un simple raccord entre le greffon iléal et l'urèthre.

C'est là un des arguments majeurs qui doivent faire préférer l'urétérostomie cutanée transiléale à la simple urétérostomie cutanée directe.

Le problème peut se compliquer de la mutité urographique d'un rein. Question malaisée à résoudre et pourtant d'importance. En effet, ou bien il est définitivement perdu, une urétéro-néphrectomie s'impose. L'exérèse rénale faite après urétérostomie cutanée est sans grande importance. Alors qu'à l'inverse, un rein qui reste muet après une implantation urétéro-intestinale, a fait prendre pour rien le risque d'une des deux implantations risque certain puisque l'uretère et le bassinet d'un rein muet sont souvent remplis d'urine septique voire purulente.

Ou bien au contraire ce rein va récupérer. Avait il été implanté dans une vessie en intestin c est heureux, avait il au contraire été mis à la peau un temps opératoire supplémentaire s'imposera pour mettre un terme à l'infirmité.

Pour apprécier extemporanément la valeur d'un rein muet deux attitudes sont possibles :

1°) ou bien aller au rein par lombotomie, l'évaluer par la palpation du parenchyme, l'état de distension du bassinet, la pression qui y règne avant de pencher vers la néphrectomie ou au contraire l'implantation intestinale d'un rein que l'on aura jugé récupérable. Le risque est grand de se tromper dans un sens comme dans l'autre. Aussi la lombotomie exploratrice est-elle abandonnée, au profit de la 2ème attitude.

2°) ou bien aller directement à l'uretère.

Sa section fait apparaître 3 possibilités :

- a) l'uretère est distendu mais sa paroi est fine souple non indurée, les urines qu'il laisse couler sont claires et sous pression. On peut augurer raisonnablement de la récupération ultérieure de ce rein. Et dans ce cas la mutité du rein ne change rien à l'établissement du mode de dérivation urinaire qui avait été décidé en préopératoire.

- b) l'uretère distendu a des parois infiltrées voire cartonnées, il est dans une gangue inflammatoire, les urines sont purulentes et sans aucune pression.

Il est vraisemblable qu'un tel rein ne récupèrera pas, il imposera une néphro-urétérectomie totale. Si l'opéré peut supporter un supplément opératoire, il suffit de brancher à la partie haute de la laparotomie médiane sous ombilicale un segment sus-ombilical oblique se dirigeant du côté de la néphrectomie vers le 11ème espace intercostal. Le rein et l'uretère seront ainsi enlevés par voie transpéritonéale. Si au contraire l'opéré ne peut supporter une néphrectomie dans le même temps que la cystectomie totale, l'uretère du rein condamné est temporairement mis à la peau. La néphro-urétérectomie totale étant remise à un temps ultérieur.

-c) l'uretère sectionné donne issue à du sang pur, non pas des urines teintées de sang, mais du sang pur. C'est que les cavités excrétrices sus-jacentes sont le siège d'une papillomatose qui imposera elle aussi l'exérèse du rein.

Dans la statistique que nous rapportons nous avons neuf dossiers utilisables de rein muet.

Six ont été jugés récupérables et ont effectivement récupéré un fonctionnement correct, l'un par mise dans un greffon iléal type Bricker, quatre par urétérostomies cutanées, le dernier enfin, après implantation dans une vessie colique. Trois reins muets avaient été jugé irrécupérables, l'un fut enlevé dans le cours même de la cystectomie totale. Les deux autres par prudence furent d'abord implantés à la peau et enlevés secondairement.

IMPORTANCE DE LA SUCCESSION DES TEMPS OPERATOIRES DANS LES TUMEURS MALIGNES TRES ETENDUES

Dans ce chapitre ne seront envisagés que les cas de tumeurs malignes largement infiltrantes, mais seront exclues les cystectomies totales terminées par une implantation urétéro-colique, les cystectomies terminées par une tentative d'entéro-cystoplastie sur tissu préalablement irradié par voie transpariétale, et les cystectomies pour tumeurs malignes "en surface".

Mais encore faut-il distinguer deux types de ces tumeurs malignes.

Les unes sont mobiles extirpables sans trop grande difficulté, elles correspondent aux cancers n'ayant pas encore dépassé les limites de la paroi vésicale et sans adénopathie palpable.

Les autres fixes, dont l'exérèse est toujours difficile. Difficulté de trouver un plan de clivage, difficulté d'hémostase, difficulté d'assécher la loge de cystectomie qui déverse des quantités lymphe considérables. Elles correspondent aux cancers ayant dépassé les limites de la vessie ou avec des adénopathies palpables.

Malheureusement pour l'étude précise de ce problème, tous les dossiers n'ont pas été utilisables quelques compte-rendus opératoires imprécis n'ayant pas permis de savoir si oui ou non tel opéré avait eu un curage cellulo-lympho-ganglionnaire.

Pour ne retenir que les dossiers valables il ne nous en reste que 46.

Trente trois ont eu un curage cellulo-lympho-ganglionnaire avec 13 décès post-opératoires ce qui donne 39,4 % de mortalité. Alors que chez les 13 opérés n'ayant eu qu'une cystectomie totale simple, il n'y eut que deux morts soit 15,3 % des cas. Encore ces deux décès sont-ils plus des limites d indication que des échecs du traitement proprement dit car dans l'un (observation N° 2) les adhérences au rectum et à l'iléon étaient telles que des brèches furent ouverte dans le rectum et une exérèse du grêle nécessaire et dans l'autre une hémostase défectueuse oblige [illegible]

(observation 72) et entraîne une hémorragie foudroyante lors du déméchage.

Il est donc possible d'opposer deux grands types des cystectomies totales.

La cystectomie simple est une intervention qui, sous l'angle de mortalité opératoire immédiate est tout à fait logique. Par contre la mortalité dans les grandes exérèses est très élevée. Parmi les 13 décès de ce groupe on compte 3 collapsus cardio-vasculaires par choc opératoire irrécupérable, sans que l'on puisse invoquer ni une hémorragie, ni une insuffisance éventuelle de réanimation.

Nous nous trouvons là devant un des écueils de la grande chirurgie d'exérèse pour les cancers du pelvis antérieur, la même distinction sépare l'opération de Wertheim de la grande exentération celluleuse du petit bassin pour cancer du col utérin.

Cette gravité ne peut être imputée à tel ou tel mode de rétablissement du flux urinaire car parmi ces grandes exérèses on compte :

- 5 décès sur les 18 exérèses associées à une entéro-plastie immédiate.

- 6 décès sur les 15 cystectomies totales élargies terminées par une urétérostomie cutanée.

Alors qu'à l'inverse, 4 entéro-cystoplasties faites dans le même temps qu'une cystectomie simple non élargie ont toutes les quatre été des guérisons opératoires.

Le tableau qui suit est explicite.

IMPORTANCE DE L'ETENDUE DE L'EXERESE DANS LA GRAVITE OPERATOIRE

Mode de terminaison	Mode d'exérèse		RESULTATS	
	avec curage	sans curage	Décès	Guérisons
Urétérostomies cutanées	15		6	40 %
Utétérostomies cutanées		9	2	22 %
Intestino-plasties	18		6	33,3 %
Intestino-plasties		4	0	0 %

Il existe donc deux types de tumeurs malignes.

- Les unes sont encore mobiles, d'infiltration limitée. L'exérèse en est aisée, et pour qui en a l'habitude, si l'état local et général le permettent, la prolongation de l'acte opératoire est parfaitement légitime. Terminer en un seul temps par une substitution vésicale s'avère ne pas aggraver le pronostic opératoire.

Nos résultats sont là qui le prouvent. D'ailleurs le pelvis antérieur étant évidé, la dissection est toute faite pour recevoir l'entéro-plastie. . Il suffit de confectionner le greffon intestinal. Bien exécuté, on ne peut pas dire qu'il soit abaissé à l'urèthre, il descend tout seul au plancher périnéal.

- Les autres tumeurs, fixes, dont l'infiltration dépasse la vessie ne doivent pas être confiées à la seule chirurgie, et surtout à une chirurgie en un seul temps.

L'énoncé du problème change. Il convient non plus de "terminer" une cystectomie totale mais de la "préparer" par une irradiation et une dérivation urinaire préalable.

L'irradiation serait à confier au radium local, la dérivation à une urétérostomie cutanée transintestinale.

La seule utilisée fut l'urétérostomie transiléale, on pourrait tout aussi bien utiliser une anse sigmoïdienne temporairement abouchée à la peau.

Ou bien la tumeur régresse sous irradiation, DEVIENT EXTIRPABLE, et la cystectomie totale est faite secondairement, l'absence d'irradiation transpariétale autorise alors le raccord du greffon intestinal à l'urèthre.

Ou bien au contraire la tumeur ne régresse pas. Mais de deux choses l'une :

- Lorsque la tumeur continue à saigner, et à suppurer. Une cystectomie totale seconde de propreté s'est avérée ne se solder par aucune mortalité.

- Lorsqu'au contraire la dérivation urinaire a pu assécher la suppuration et l'hémorragie, il n'y a plus de raison de faire une cystectomie. Mais nous arrivons là aux limites du sujet que nous nous sommes imposé.

QUELQUES PRECISIONS TECHNIQUES SUR L'UTILISATION DU GREFFON INTESTINAL

Ces considérations générales sur le déroulement des divers temps d'une cystectomie totale pour tumeur de vessie étant données, il reste à donner quelques considérations techniques sur l'utilisation du greffon intestinal.

Le choix du greffon dépend essentiellement des conditions locales. "Le côlon sigmoïde lorsqu'il est long et bien mobile, représente certainement un excellent organe de remplacement parce qu'il siège sur place". L'anastomose urétéro-sigmoïdienne, l'extra-péritonisation de l'ensemble est facile parce que le prélèvement est étroitement régional. Bien que le côlon sigmoïde soit un excellent matériel, il n'exclut pas le risque du lâchage de sutures, le risque d'occlusion intestinale, le risque de péritonite.

Le côlon droit lorsqu'il est bien mobile et le caecum lorsqu'il prête facilement aux manoeuvres, peuvent être utilisées.

L'iléon enfin, reste un excellent matériel de substitution vésicale, car lorsque le côlon sigmoïde est court, rétracté par une méso-sigmoïdite rétractile, lorsque le côlon droit et le caecum sont très haut situés, amarré à la paroi, on trouvera toujours dans l'intestin grêle une grande aisance d'utilisation et une longueur adaptée à n'importe quel montage.

"Le soin apporté à la bonne vascularisation du greffon, aux sutures intestinales, à la perméabilité des anastomoses urétérales, au drainage efficace du tissu cellulaire pelvien, à l'extra-péritonisation de l'ensemble", est le garant du succès.

L'implantation des uretères fut presque toujours faite de façon directe avec une courte tunnellisation si l'uretère est fin. Si l'implantation termino-latérale urétéro-intestinale est la règle, une distension très importante de l'uretère peut faire préférer une anastomose urétéro-intestinale termino terminale.

Le raccord entre le greffon intestinal et l'urèthre reste un

temps délicat de l'intervention. L'état de la prostate guide la conduite.

Si la prostate est normale, la base prostatique doit être enlevée avec la vessie, dans le plan du veru-montanum de façon à garder tout l'urèthre sous montanal, élément fondamental de la continence des urines chez l'homme.

L'existence d'un adénome prostatique vient rendre l'intervention encore plus aisée. En effet une fois le couvercle prostatique réséqué, l'énucléation de l'adénome est facile, le point important est de réaliser une bonne hémostase. C'est alors l'entonnoir prostatique restant après l'énucléation de l'adénome qui est suturé au greffon intestinal.

Si la prostate est inflammatoire, les conditions sont déjà moins favorables. Au bistouri électrique d'évider la glande de façon à créer un entonnoir aussi profond que possible. Reste l'éventualité d'un envahissement néoplasique de la prostate : il impose le sacrifice total de la loge prostatique. L'anastomose est alors à faire entre l'urèthre membraneux qui est très loin et de petit calibre et la tranche intestinale. L'incongruence entre les bouts à suturer est telle, qu'il vaut mieux recourir à une anastomose latéro-terminale intestino-uréthrale. L'anastomose est faite en deux plans, un premier plan très difficile à faire assurant une suture directe de l'intestin à l'urèthre; le deuxième plan plus superficiel qui amarre le greffon intestinal à l'aponévrose périnéale moyenne.

Quant au drainage de la loge de cystectomie il est fondamental d'y attacher un soin tout particulier. Après une exérèse vésicale, un drainage correct peut ramener jusqu'à 1/2 litre de liquide lymphatique plus ou moins sanglant en 24 heures. Différentes méthodes sont possibles. J. AUVERT utilise un drainage aspiratif à travers la paroi abdominale antérieure. R. COUVELAIRE préfère un drainage périnéal à la façon de Fullerton. L'incision périnéale prend comme repère la branche ischio-pubienne, Le drain transfixie le releveur de l'anus et apparaît au côté de l'anastomose greffon-prostate. On a le choix entre deux drains mis de part et d'autre de l'anastomose par deux contre-incisions périnéales; ou bien un seul drain de gros calibre à trous multiples introduit par une incision périnéale gauche émergeant sur le flanc gauche de l'anastomose et se couchant derrière elle à la face profonde du périnée.

Deuxième Partie

LES RESULTATS LOINTAINS DES DIVERS MODES D'ETABLISSEMENT DU FLUX URINAIRE APRES CYSTECTOMIE TOTALE

LES RESULTATS LOINTAINS DES URETEROSTOMIES CUTANEES DIRECTES

Parmi les cystectomisés porteurs d'une urétérostomie cutanée bilatérale, et qui ont guéri de leur cystectomie, 18 dossiers seulement peuvent être retenus, les autres malades ayant été perdus de vue. Les survies se répartissent ainsi qu'il suit :

Sept, tous porteurs au départ d'une maligne infiltrant largement la paroi vésicale, sont morts dans les 10 premiers mois qui ont suivi l'exérèse. Six de ces décès sont le fait de récidives cancéreuses locales. Un seul de ces opérés est mort d'hémorragies abondantes digestives et rénale gauche, (son autopsie n'a pu être obtenue). Il est donc impossible chez ces opérés d'étudier le retentissement que peut avoir sur les reins à longue échéance, une urétérostomie cutanée. Signalons cependant une observation importante (N° 149). Tumeur maligne de vessie largement infiltrante, traitée par cystectomie totale après irradiation à haute énergie type Bétatron et urétérostomie cutanée bilatérale. Les deux reins muets à l'U.I.V. de départ récupèrent en deux mois une sécrétion radiologiquement décelable, dès 5 minutes après l'injection intra-veineuse pour le rein gauche, à la 35ème minute pour le rein droit. Malgré un appareillage par cupules collées, qui étaient capables de rester en place de 3 à 8 jours, une sténose des deux orifices apparait nettement le 9ème mois après l'implantation cutanée. Bien que n'ayant pas eu de sonde irritant les orifices urétéro-cutanés, une sténose est apparue. Ce malade avait été irradié par Bétatron. L'irradiation à haute énergie qui a supprimé les érythèmes, altère-t-elle quand même la trophicité cutanée ? C'est possible. Mais nous ne saurions répondre.

Huit sont morts dans un délai inférieur ou égal à 3 ans. (3 ans: 2 cas; 2 ans : 1 cas; 1 an et demi : 2 cas, 1 an : 2 cas) un des opérés perdu de vue 10 mois après l'intervention est compté dans cette série. Tous sont morts cachectiques, porteurs de récidives locales, sauf deux qui développèrent des métastases pulmonaires.

L'un de ces opérés sténosait ses orifices, sans que la survenue des métastases ne nous donne le temps de confectionner une nouvelle

"stomie", l'autre sans aucune sténose orificielle, développait d'un côté une distension pyélo-calicielle avec lithiase.

Seul trois opérés ont dépassé 5 ans. Deux étaient porteurs de tumeurs malignes en surface (six et neuf ans) le dernier avait une tumeur bénigne. Avec une survie aussi longue, il devient possible d'étudier la valeur biologique de ce mode de dérivation urinaire.

Les deux premiers appareillés par sondes urétérales ont sténosé leurs orifices et pour l'un d'entre eux dans des délais brefs (4 mois) obligeant à une réintervention. L'un fit des poussées fébriles, l'autre une lithiase d'un seul côté, tous deux sont morts dans un état d'insuffisance rénale avec anurie. Pour l'un, les U.I.V. pré-opératoires sont perdues, et l'on ignore l'état antérieur, mais l'autre, avait un haut appareil urinaire normal à gauche, à peine distendu à droite. Celui-ci (obs. 1) est donc mort d'une altération progressive de ses reins du fait de l'urétérostomie cutanée appareillée par sondes.

Le troisième, actuellement en vie 6 ans après la cystectomie est appareillé par des cupules appliquées par une ceinture. Aucune sténose, aucune poussée infectieuse. Il est parfaitement satisfait de son sort, ne veut absolument pas entendre parler de rétablissement de la continuité. Ayant repris son travail (commerçant) il mène une activité normale. Mais récemment sont apparues des hématuries du côté gauche, faisant redouter une lithiase. (Ce malade est actuellement exploré dans le Service).

Ainsi, que l'urétérostomie cutanée soit appareillée par sondes ou par cupule, elle est un mauvais mode de dérivation urinaire à titre définitif. Poussées infectieuses de pyélonéphrite ascendante, lithiases récidivantes, sténose des orifices urétéro-cutané menacent à tout moment le haut appareil urinaire. Si encore les sténoses mettaient longtemps pour se constituer chez un malade porteur d'un cancer très évolué, dont la cystectomie ne saurait être que palliative, infirmité pour infirmité, autant vaudrait faire une urétérostomie cutanée. Mais, elles apparaissent dès le 4ème mois et pour des malades qui vont mettre 1, 2 ou 3 ans avant de mourir de métastases ou de récidives locales, ce risque d'altération rénale ne doit pas être couru.

Donc, mis à part un état général catastrophique qui, en cours de cystectomie totale impose d'en terminer rapidement par la mise des uretères à la peau, l'acceptation d'une infirmité, doit faire préférer l'urétérostomie cutanée indirecte transintestinale. Cette opinion, reflet des résultats du Service ne nous est pas personnelle.

BRUNSCHWIG souligne les mêmes inconvénients de l'implantation urétéro-cutanée : difficultés de soins post-opératoires, sténoses des stomies, lithiases récidivantes, pyélites aiguës. Il y ajoute la

possibilité de fistules urétérales tardives lorsqu'il y eut une irradiation transpariétale préalable. CORDONNIER est également du même avis, mentionne en plus des abcès péri-urétéraux, et rapporte des chiffres impressionnants.

188 observations, 65 (soit 34, 6 %) ont de bons résultats alors que 123 (65, 4 %) ont des complications sérieuses.

Citons encore le Pr. R. COUVELAIRE qui relate deux cas de perforation urétérale lors des changements de sondes.

Nous concluerons cette étude des résultats lointains ainsi :

- l'indication des urétérostomies cutanées doit rester une indication de nécessité et non de choix,

- son exécution suppose une libération importante de l'uretère de façon à ne pas le couder, et une extériorisation de deux centimètres environ de façon à ce qu'il ne tende pas à se rétracter.

- son appareillage ne se conçoit plus à l'heure actuelle que par cupule; la nocivité des sondes est trop grande.

Si la longueur des uretères sectionnés est suffisante, cette cupule pourra être unique à condition d'implanter, comme le conseillait déjà J. ROBERT dans sa thèse, les deux uretères juste de part et d'autre de la ligne médiane hypogastrique; chaque moignon urétéral étant extériorisé par une contrincision propre.

L'urétérostomie cutanée unique, avec l'abouchement d'un uretère dans l'autre a été proposée.

Son seul avantage est l'unicité de l'appareil collecteur des urines. Nous venons de voir que cette unicité pouvait être obtenue autrement. Et en fait son exécution se heurte à de multiples difficultés :

- Tout d'abord un temps transpéritonéal de dissection, à travers une incision paramédiane du péritoine pariétal postérieur. Temps de dissection qui détourne un uretère vers le côté où se fera l'urétérostomie. D'où un premier risque de dévascularisation possible.

- Ensuite, une anastomose urétéro-urétérale termino-latérale avec un danger de fistulisation et de sténose de la bouche urétéro-urétérale, sans aucune possibilité de dilatation instrumentale.

- Enfin, l'uretère receveur, de par une sténose cicatricielle peut lui-même être amené à se distendre en amont entraînant du même coup la stase dans l'uretère qu'il reçoit.

Ce type d'urétérostomie cutanée accumule donc tous les désavantages. Sous prétexte de vouloir assurer un seul orifice : il menace les deux reins.

LES RESULTATS LOINTAINS DES IMPLANTATIONS URETERO COLIQUES

Pour l'étude des résultats lointains des implantations urétéro-coliques nous disposons de 18 dossiers utilisables. Seize concernent des tumeurs malignes, un seul une tumeur bénigne.

Mais le nombre de décès à court terme par récidives néoplasiques est tel qu'il ne reste que quatre opérés ayant vécu assez longtemps pour savoir ce que vaut à longue échéance une implantation des uretères dans le côlon après cystectomie totale.

Sept sont morts de récidives pelviennes dans des délais allant de quelques mois à un an. Deux sont décédés pour des raisons de nous inconnues.

Trois sont morts de récidives locales, associées pour l'un d'entre eux à des métastases pulmonaires, respectivement 14 mois deux ans et deux ans et demi après l'intervention.

Reste une observation de tumeur maligne, où un état septicémique emporta l'opéré deux mois après l'implantation urétérale.

Quant à la seule tumeur bénigne de cette série, un décès brutal non expliqué vint arrêter son évolution au neuvième mois post-opératoire.

Pour les quatre survivants à long terme le recul est de, trois ans et demi, quatre ans, cinq ans et onze ans.

De l'opéré qui survécut cinq ans nous ne savons que peu de choses. Il était enchanté de sa continence anale, et il est mort accidentellement.

Les trois autres ont tous développé un état d'insuffisance rénale. Elle fut très sévère pour deux d'entre eux, Le premier est cette observation vieille de 12 ans maintenant : une implantation urétéro-colique termine une cystectomie totale pour tumeur en 1950.. Onze ans plus tard, aucune récidive, mais depuis trois ans, l'azotémie, la chlorémie, grimpent. Une sonde rectale à demeure n'entraîne

qu'une amélioration passagère, le malade refuse la suppression de l'implantation urétéro-colique avec urétérostomie cutanée qui lui est proposée et il meurt quelques semaines plus tard.

Le second résume à lui seul tous les ennuis rénaux graves que peut entraîner une urétéro-sigmoïdostomie, et les possibilités thérapeutiques actuelles devant un tel état. En six mois, le reflux colo-urétéral est responsable d'une pyonéphrose gauche : nephrectomie gauche. Un an plus tard, l'urée sanguine est à 1,57 0/00, l'acidose hyperchlorémique sévère. Deux semaines de sonde rectale à demeure, et une minutieuse rééquilibration ionique ramènent le taux de l'urée sanguine à 0,75.

Le seul uretère droit restant est sectionné au ras du côlon pelvien abouché dans un greffon iléal lui-même mis à la peau. Quelques mois plus tard, l'urée sanguine était à 0,60 g 0/00, avec une réserve alcaline à 55 volumes.

Le troisième enfin, avec un recul de quatre années, se trouve avec une urée sanguine à 0,60 g 0/00 et une chlorémie à 105 mEq.

Si les résultats biologiques furent déplorables la fonction du sphincter anal ne déçut point les espoirs fondés sur lui. Tous les opérés eurent une continence satisfaisante aussi bien diurne que nocturne. C'est bien là le seul avantage de cette intervention. Mais il se paie cher. La mortalité opératoire immédiate dépasse 60 %, une insuffisance rénale sévère frappe tous les opérés qui survivent quelques années.

Encore faut-il distinguer dans la génèse de cette insuffisance rénale les troubles mécaniques de la bouche d'anastomose urétéro-colique et les troubles métaboliques inhérents au contact prolongé des urines avec une grande surface de muqueuse colique.

Le tableau clinique est assez univoque associant au début une polyurie et la soif. Mais parfois un amaigrissement, une asthénie, une anorexie et des nausées lui donnent un aspect plus sévère.

FERRIS et ODEL sont les premiers à signaler le fait en 1950. Depuis nombre de travaux y ont été consacrés. On considère habituellement qu'il y a quatre perturbations humorales élémentaires.

- L'élévation de l'azotémie. Elle peut relever de trois facteurs : l'aggravation d'une insuffisance rénale pré-opératoire, un dysfonctionnement de l'anastomose urétéro-colique enfin une réabsorption accrue d'ammoniaque secondairement transformée en urée. Différencier le dernier des deux premiers suppose des dosages complexes. La créatinine n'étant pas réabsorbée par la muqueuse, l'élévation du taux d'urée sanguine relève d'une pure réabsorbtion lorsque le taux de créatinine sanguine reste bas, alors qu'à l'inverse, un taux élevé de créatinine témoigne d'une insuffisance rénale associée.

- L'acidose hyperchlorémique avec un chlore sanguin pouvant atteindre 120 mEq, une réserve alcaline basse, et un sodium sanguin normal ou bas.

- L'hypokaliémie. Un taux de potassium sanguin à 2 mEq par litre peut tuer par arrêt cardiaque ou donner des paralysies étendues. La polyurie consécutive à la résorption liquidienne, et le balayage du potassium excrété par la muqueuse colique en sont responsables.

- Enfin une balance calcique négative qui peut entraîner une ostéo-malacie avec lithiase urinaire.

Il est prouvé que les troubles sont d'autant plus marqués que l'implantation des uretères se fait plus haut dans le côlon. Mais à l'inverse, une implantation basse n'empêche pas l'étalement des urines sur toute la muqueuse colique. Des urographies intraveineuses ont opacifié tout l'intestin y compris le caecum alors que l'implantation urétérale était basse sur le sigmoïde. L'anti péristaltisme n'est pas qu'un mot.

Ainsi apparait l'implantation urétéro-colique. Elle est grave dans l'immédiat. Elle fait peser sur les reins une grave menace à longue échéance. Mais, chez la femme, elle est un des rares modes de dérivation urinaire qui puisse assurer une continence des urines

Aussi, aux Etats-Unis certains travaux ont ils essayé d'en améliorer les résultats. Dans une certaine mesure, la prise orale quotidienne d'alcalins, la multiplication des mictions anales, la mise en place d'une sonde rectale pour la nuit, sont à même de lutter contre un excès de résorption des constituants de l'urine. La grande difficulté reste de trouver un montage qui tout à la fois évite la sténose de l'implantation urétérale et le reflux fécal. L'interposition d'une anse iléale entre les uretères et le côlon a été étudiée. Les deux uretères sont implantés dans le grêle directement, à la NESBIT, de façon à juguler tout risque de sténose, et le greffon iléal implanté dans le côlon par une anastomose anti-reflux. A la valve digestive ainsi crée, de s'opposer au reflux du côlon vers l'anse grêle qui porte les uretères.

L'idée n'est pas neuve. BLAIR la réalisait en 1916, malheureusement pour une amplantation dans le côlon ascendant. MOSKOWITZ en 1909, et SPANNAUS en 1911, avaient déjà tenté le même montage avec le côlon transverse ; quant à l'implantation dans le côlon pelvien elle est plus ancienne encore, réalisée par BERG en 1907.

Actuellement TURNBULL, HIGGINS, ULM sont en train d'étudier la question.

En attendant, il est des opérés, ayant eu une implantation urétéro-colique qui développent une insuffisance rénale. Si la rééquilibration hydro-électrolytique, les alcalins, la sonde rectale à demeure n'apportent qu'une amélioration temporaire le choix est à faire entre :

- la section des uretères au ras de leur implantation colique, suivie de leur mise à la peau à travers un greffon intestinal ou directement en position lombaire.

- et la section du côlon en amont avec confection d'un anus iliaque gauche définitif qui transforme le recto-sigmoïde en une vessie rectale.

L'une ou l'autre solution apporte une amélioration analogue de l'état rénal, mais impose une infirmité apparente urinaire dans un cas, fécale dans l'autre.

- Signalons enfin une possibilité qui à notre connaissance n'a pas encore été utilisée : isoler le segment colique porteur de l'anastomose urétérale, rétablir la continuité digestive, fermer le greffon colique à une de ses extrémités, et aboucher l'autre à la peau. Transformer ainsi une implantation urétéro-colique en urétérostomie cutanée transigmoïdienne éviterait les aléas d'une nouvelle implantation urétérale dans un greffon iléal.

LES RESULTATS ELOIGNES DES URETEROSTOMIES CUTANEES TRANSINTESTINALES

Nous avons surtout l'expérience des urétérostomies cutanées transiléales tandis que pour exstrophie vésicale ou fistule vésico-vaginale l urétérostomie cutanée transcolique fut souvent exécutée dans le service Le nombre de ces dérivations urinaires terminant définitivement une cystectomie totale est limité à 5 (quatre tumeurs malignes largement infiltrantes et une tumeur bénigne), tandis que le nombre des exclusions vésicales de ce type précédant l'irradiation ou la cystectomie totale est beaucoup plus élevé.

Deux opérés porteurs de tumeur maligne sont morts en quelques mois dans un tableau de récidives néoplasiques uréthrale pour l'un pelviennes pour le second.

D'un recul prolongé nous avons trois cas, en vie à deux ans, trois ans et demi et quatre ans après l'intervention.

L appareillage par poche collée type Rutzen que J. AUVERT a mis au point en France, est remarquablement toléré et efficace malgré la permanence de la sécrétion de mucus.

Aucun de ces opérés n'a fait de poussée infectieuse.

S il est un mode de dérivation urinaire qui assure effectivement la protection rénale, c'est bien l'urétérostomie cutanée transiléale. En effet, à long terme, non seulement elle n'altère pas un haut appareil urinaire normal auparavant mais elle assure de façon tout à fait remarquable la récupération rénale dans des situations dramatiques.

Les deux exemples que nous en ayons concernent des tumeurs malignes (observations 106 et 137) :

dans le premier alors qu à l'arrivée dans le Service l urée sanguine était à 2 80 g 0/00, un mois après l'intervention l'azotémie tombait à 0 40 g 0/00 et en U.I.V. le rein gauche sécrétait normalement le rein droit avec un certain retard. La récupération plus lente de ce coté tient au caractère plus ancien de l obstruction urétérale

puisque sur la dernière U.I.V. lisible de cet opéré, seul le rein gauche fonctionnait, le droit étant muet.

Le second est l'exemple d'une transformation expérimentale d'un état d'acidose hyperchlorémique après implantation urétéro-colique type Coffey, par une urétérostomie cutanée transiléale. A l'arrivée cet opéré avait une azotémie à 1,57 g 0/00, et une acidose importante, une brève rééquilibration le ramène à 0,75 g 0/00, 5 mois après l'intervention l'urée est à 0,60 g 0/00 et la réserve alcaline à 55 volumes.

Donc pour les cas que nous rapportons, pas de poussées infectieuses pyélonéphritiques , pas de distension urétérale secondaire durable, pas d'acidose hyperchlorémique; un seul inconvénient la sécrétion intarissable de mucus.

C'est là une opinion assez unanimement répandue. La statistique de BRICKER est la plus impressionnante 176 cas, avec un recul allant de 6 à 36 mois sans acidose hyperchlorémique et avec moins de 5 % d'infection pyélonéphrétique sévère. CORDONNIER également en fait l'apologie, la considérant comme une intervention excellente. Mais sur une série de 41 cas les résultats ne furent biologiquement parfaits que dans 81 % des cas. Certes pas d'acidose, mais des poussées d'infection urinaire, surtout dans les cas où l'anastomose urétéro intestinale se sténose et assez souvent une dermite péri-orificielle. Cette opération lui a donc donné quelques ennuis mais, il lui reconnaît son avantage majeur : permettre à des reins altérés avant la dérivation urinaire, de retrouver à l'urographie intraveineuse un aspect normal.

MILES, à propos de 104 urétérostomies cutanées transiléales, dont 16 pour tumeurs de vessie, est bien moins optimiste. Pour lui, la complication habituelle presque toujours présente est l'infection des voies urinaires hautes. Tous les intermédiaires sont possibles entre la petite infection urinaire latente, découverte d'un examen cytobactériologique des urines et la grande poussée infectieuse avec fièvre et frissons. Chaque poussée réagit bien au traitement anti- infectieux. L'acidification des urines, est considérée par MILES comme un bon moyen de prévenir en partie ces rechutes infectieuses.

La plupart de nos opérés ont été mis à titre systématique à un traitement anti-infectieux préventif; usant non pas des antibiotiques réservés aux éventuelles grandes poussées infectieuses, mais des antiseptiques urinaires (alternant les divers produits connus sous le nom de FURADOINE, GANTRISINE et RUFOL).

MILES insiste encore dans son excellent article, sur le danger des sténoses de la bouche d'iléostomie urinaire. Nous ne l'avons pas observé dans la série ici rapportée. Par contre, il nous a été donné

d'en rencontrer un cas dans le Service de notre Maître le Docteur PETIT. Il s'agit d'un enfant porteur d'une urétérostomie transiléale pour exstrophie vésicale, et qui en quelques mois a sténosé la bouche d'iléostomie au point de ne laisser qu'un infime orifice cutané par où l'urine s'écoule très difficilement.

Le danger est peu fréquent mais redoutable. Aussi l'exécution de cette "stomie" mérite-t-elle la perfection dans ses moindres détails.

- Souci dans le choix du lieu distal de la section iléale de sorte que le greffon vienne s'extérioriser sans absolument aucune traction. - (Dans le cas de cet enfant, ci-dessus évoqué, seul le côté mésentérique de l'intestin extériorisé avait tendance à s'invaginer lors de la confection de l'iléostomie. La rançon en fut la sténose à brève échéance).

- Souci d'assurer au greffon un véritable tunnel intrapariétal et non une simple fente. Ce tunnel doit avoir le diamètre d'une anse grêle; environ 3 cm. Il faut donc exciser une pastille cutanée de 3 cm de diamètre, exciser une colonne musculo-aponévrotique de même dimension. MILES va même jusqu'à enlever chez les obèses, une rondelle aponévrotique d'un diamètre double.

- Souci d'éviter l'irritation cutanée par l'écoulement des urines et du mucus. La poche de Rutzen sera collée d'emblée en salle d'opération.

Reste une éventualité à bien connaître, la dilatation temporaire des voies urinaires supérieures dans les premières semaines post-opératoires. La première urographie précoce peut alarmer; à tort. Cette distension va régresser, H. COMTE lui a donné le nom de "crise de la néostomie".

"Ces perturbations - écrit-il - : uretère dilaté et atone, dilatation du bassinet et même des cavités rénales, sont communes à toutes les néostomies urétérales. On pourrait leur donner le nom de "crise de la néostomie". Cette crise est parfois très marquée, pouvant aboutir, en quelques jours, en dehors de toute infection à de grosses dilatations pyéliques et calicielles. Cette crise existe dans les vessies iléales comme dans toutes les autres anastomoses urétéro-intestinales. Mais ce qui est là, absolument spécial c'est l'évolution généralement régressive, ... généralement en 3 ou 4 mois, et quelquefois plus vite". (H. COMTE; M. BOTTOU et J. OURADOU).

Il n'est aucun cas d'urétérostomie cutanée trans-sigmoïdienne dans cette série. Mais l'impression que nous en avons retiré en voyant un certain nombre de ces dérivations chez l'enfant, faites pour exstrophie vésicale est très favorable.

Quant à l'urétérostomie cutanée trans-intestinale, faite avec l'espoir d'une continence assurée par la valvule de Bauhin, elle est une chimère ou un danger.

Si la continence est effectivement obtenue, ce qui est d'ailleurs exceptionnel, elle impose des sondages à chaque vidange de la poche caecale. La situation est celle d'une vessie en rétention complète imposant des sondages répétés mais sans perspective de reprise spontanée des mictions. La néo-vessie s'infecte, le reflux néo-vessie uretère chasse vers le rein cette urine infectée et se trouve être responsable d'une destruction rénale par pyélonéphrite ou pyonéphrose.

Si au contraire, comme c'est la règle la continence n'est pas obtenue, la fuite urinaire impose un appareillage en même temps que la valvule est responsable d'une certaine stase avec les mêmes inconvénients qu'auparavant.

La "vessie iléo-caecale à la peau" a donc comme toutes les autres urétérostomies trans-intestinales l'inconvénient de l'infirmité, sans qu'il y ait en contre partie la liberté à l'écoulement des urines.

LES RESULTATS LOINTAINS DES VESSIES RECTALES

Nous n'avons qu'un seul cas de vessie rectale dans le traitement des tumeurs de vessie.

Vessie rectale de nécessité imposée par un très large envahissement d'un cancer vésical étreignant le côlon. La malade était fatiguée, la nécessité de terminer rapidement une intervention palliative fit implanter le bout colique supérieur à la peau, fermer le bout inférieur et y anastomoser les uretères.

Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE n'en admet le principe qu'associée à un anus fécal. Dans l'ordre des infirmités l'anus fécal est-il préférable à l'anus urinaire ?

Cependant quelques auteurs (KINMANN, TRUC et HENRIET, WILKINS et WILLS, DUHAMEL,) en vantent les mérites après abaissement transsphinctérien du côlon au périnée.

- L'urine est soustraite au transit fécal. Certains pensent que la désinfection de la néo-vessie est très rapide, au point qu'ils ne prescrivent plus de traitement anti-infectieux post-opératoire à long terme. Pour d'autres au contraire, elle reste longtemps septique. Mais en réalité le point important est que, si reflux il y a, il n'est plus fécal.

- Le rectum fonctionne à basse pression. 27 cm d'eau au moment du remplissage, environ deux à trois fois plus que la pression de remplissage d'une vessie normale.

- L'infirmité (car infirmité il y a chaque fois que le flux urinaire ne traverse pas les voies naturelles) urinaires en tous cas n'est pas apparente. Mais ceci nous amène de nouveau à distinguer deux types bien dissemblables de vessies rectales :

1) la vessie rectale avec colostomie d'amont. Le sphincter anal est soumis aux mêmes exigences que lors d'une implantation urétéro-colique. L'infirmité urinaire est cachée. Une infirmité a remplacé l'autre.

2) la vessie rectale avec colostomie périnéale trans-sphinctérienne. Elle fait disparaître toute infirmité apparente. D'après TRUC et HENRIET, la continence fécale est satisfaisante, au prix d'un régime constipant et de lavements. Le besoin recto-fécal est aboli au profit du besoin urinaire. La présence permanente d'urine, au contact du rectum sensible entraîne une contraction reflexe permanente du sphincter strié, et du même coup la double continence du rectum et de la colostomie périnéale.

L'absence de pyélonéphrite ascendante rend contrôlable l'hyper- l'hyperazotémie avec acidose hyperchlorémique inévitable étant donné la stagnation des urines en amont d'un sphincter.

La vessie rectale semble donc présenter un certain nombre d'avantage. S'ils s'avéraient constants et durables, cette solution serait séduisante chez la femme après cystectomie totale. Elle n'a pas le danger rénal du Coffey, ni l'infirmité apparente de Bricker. Cependant, c'est avec réticence que nous confierions la double continence des urines et des matières au seul sphincter restant, et qui plus est, a été bouleversé par la dissection et l'intubation trans-sphinctérienne du côlon.

RESULTATS LOINTAINS DES REMPLACEMENTS DE LA VESSIE AVEC FLUX URINAIRE PAR LES VOIES NATURELLES

A. REMPLACEMENT DE LA VESSIE PAR L'ILEON

Dix-huit opérés ont pu être revus à long terme, permettant ainsi de connaître la valeur de ce mode de remplacement vésical.

Sept concernent des tumeurs malignes largement infiltrantes, trois des tumeurs malignes en surface, six des tumeurs histologiquement bénignes mais cliniquement graves et deux des tumeurs histologiquement inclassables.

Sur les sept tumeurs malignes largement infiltrantes trois ont été perdues de vue, respectivement 15 mois, trois ans et cinq ans après la cystectomie totale terminée par iléo-plastie. Un est mort au bout d'un an dans un état de cachexie néoplasique, un autre cinq ans et demi plus tard par carcinose, pelvienne diffuse. Les deux derniers, opérés depuis deux ans sont actuellement en vie. De sorte que, le recul est au minimum de un an et au maximum de 5 ans et demi.

Des trois tumeurs malignes en superficie, deux ont été perdues de vue après deux et trois années de surveillance, le dernier, est toujours en vie 5 ans après l'intervention.

Les six tumeurs bénignes de ce groupe sont actuellement toutes en vie, avec un recul de deux ans pour deux d'entre elles, trois ans pour trois autres, enfin 6 ans pour la dernière.

Enfin, les deux tumeurs inclassables sont en vie à ce jour, deux et trois ans après le remplacement par l'iléon de la vessie extirpée.

Donc en moyenne, nous avons pour les iléo-plasties un recul de 3 ans, avec aux extrêmes un et six ans.

La valeur biologique de l'iléon est remarquable dans bon nombre de cas. Elle permet la récupération d'une mutité ou d'une distension du haut appareil urinaire. Nous en avons quatre exemples précis totalisant 5 uretères : quatre n'étaient que distendus, le cinquième ne dessinait pas en aval d'un rein muet. Tous les cinq ont récupéré dans des délais allant de deux à cinq ans un aspect urographique normal. Ceci malgré un reflux néo-vésico-urétéral objectivé deux fois par iléo-cystographie rétrograde.

- A l'inverse, sept reins ont souffert. L'un est devenu muet au 15ème mois post-opératoire; un autre lithiasique et pyonéphrotique a du être enlevé au bout de trois ans. Cinq ont vu leur haut appareil urinaire se dilater, mais, à l'exception d'un seul d'entre eux qui secrète avec retard, tous les autres ont une bonne sécrétion, et la dilatation de leurs calices respecte le moule des papilles, (il n'y a qu'un seul cas de reflux vésico-urétéral).

- Dans tous les cas restants, l'état du haut appareil urinaire est resté inchangé, c'est-à-dire, que de deux à cinq ans après l'implantation des uretères dans la néo-vessie iléale l'état actuel est superposable à l'aspect urographique préopératoire.

La capacité de la néo-vessie atteint en moyenne 200 à 300 mls. Nous n'avons que quelques cas étudiés par manométrie. La pression de remplissage (15 à 20 cm d'eau) comme la pression mictionnelle (35 à 40 cm d'eau) sont basses. Le résidu post-mictionnel atteint 100 ml dans un cas, et 200 ml dans un autre.

Nous n'avons rencontré qu'un seul cas d'acidose hyperchlorémique. Après 6 ans d'évolution, l'urée sanguine était à 1,50 g 0/00, la chlorémie à 105 mEq, la réserve alcaline dans le sang à 30 volumes.

Enfin, un seul de nos opérés, a présenté régulièrement des poussées infectieuses sévères avec fièvre élevée, frissons, lombalgies. Chaque poussée a remarquablement cédé aux antibiotiques, et ces accès de pyélonéphrite aiguë ascendante ne l'ont pas empêché de survivre 5 ans et demi après l'exérèse d'une tumeur vésicale largement infiltrante.

Au total, le greffon iléal assure un réservoir de capacité physiologique, fonctionnant à basse pression responsable d'un reflux peu nocif. L'insuffisance rénale avec acidose hyperchlorémique de même que les poussées infectieuses sont l'exception même après une évolution atteignant cinq et six ans. Dans la grande majorité des cas, le fonctionnement rénal reste stationnaire ou mieux encore s'améliore, sauf les quelques observations de reins détruits. Le pourquoi en est difficile à donner. En tout cas, ce n'est sûrement pas le reflux qui en est responsable. Nous y verrions plutôt quelques imperfections techniques et ceci doit faire attacher à l'exécution

des implantations urétéro-intestinales une minutie qui ne saurait être suffisante qu'une fois la perfection obtenue.

La nocivité d'une irradiation préalable transpariétale par bétatron ou télécobaltothérapie n'est pas exclue. Sur les sept voies urinaires secondairement détériorées, trois concernent deux malades irradiés.

Les qualités fonctionnelles de la néo-vessie furent les suivantes :

- le retour des mictions par les voies naturelles possible dans tous les cas (16) sauf deux : l'anastomose greffon-urèthre n'a jamais pu être obtenue perméable. Ces malades ont du subir une réouverture du greffon, la mise d'un des bouts à la peau, ils vivent porteurs d'une urétérostomie cutanée bilatérale trans-iléale, (2 et 5 ans de recul, actuellement en vie, en excellent état général et rénal) donc appareillés comme après une opération de Bricker.

- La perception du besoin d'uriner fut toujours retrouvée sauf dans un cas. Le besoin n'est habituellement pas "normal". Il est d'abord perçu comme une colique, une douleur, une pesanteur, une brûlure "intestinale"; puis, le plus souvent très rapidement ce besoin est rapporté aux mictions. Il n'empêche que, bien que rattachée à un besoin d'uriner, la perception n'est pas normale et est reconnue telle par l'opéré. Mais dans quatre cas, d'emblée, dès l'ablation de la sonde uréthrale, à demeure des premiers jours, le besoin fut perçu normal, "comme avant" disent volontiers ces malades.

- La continence diurne. Elle fut obtenue dans tous les cas. Les mictions se répétant à des intervalles variables allant de une heure et demie à cinq heures et en moyenne deux heures à deux heures et demie. Espacer les mictions n'est pas un objectif à poursuivre à tout prix. Deux de nos opérés, ceux-là justement porteurs d'un reflux vésico-urétéral, accusent des lombalgies chaque fois que les délais habituels sont dépassés. Pisser six à sept fois par jour est le résultat à rechercher.

- Les mictions sont souvent longues, durant 5 à 10 minutes, et parfois mais non toujours, l'opéré doit pousser fortement et contracter violemment la paroi abdominale pour vider la néo-vessie.

- La continence nocturne par contre n'est que rarement obtenue, 16 malades sur 18 se sont adaptés de façon variable à cet inconfort. Les uns dorment avec un urinal, d'autres avec une pince à verge (et dans ce cas, le besoin les réveille deux à trois fois par nuit) d'autres enfin, préfèrent mettre en place eux-mêmes une sonde uréthrale à demeure chaque nuit.

Signalons que pour quatre de nos opérés cette attitude est tout à fait heureuse, soit parce qu'elle leur permet de vider le soir l'accumulation des résidus post-mictionnels, soit parce que le moindre relâchement dans cette pratique se solde par des fistules hypo-gastriques qui cèderont d'ailleurs chaque fois à la sonde uréthrale à demeure, le repos au lit et le traitement anti-infectieux De tels malades doivent vivre en permanence sous traitement antiseptique urinaire. De façon à éviter toute toxicité ou toute accoutumance, les produits actuellement connus (furadoïne, gantrisine, rufol) seront utilisés par courtes cures alternées.

Viennent s'inscrire en faux contre cette imperfection apparemment constante, deux opérés qui sont parfaitement continents, de jour comme de nuit, avec deux à 3 mictions chaque nuit.

B. REMPLACEMENT DE LA VESSIE PAR LE COLON

Les résultats se superposent à ceux des iléo-plasties. Cependant dans un but d'analyse; nous allons envisager les suites lointaines des colo-plasties avec le même souci de précision que dans le chapitre précédent.

Même nombre de dossiers utilisables : 18.

Une moitié est le fait des tumeurs malignes largement infiltrantes, l'autre moitié est divisée inégalement en trois tumeurs malignes superficielles, et six tumeurs bénignes histologiquement mais diffuses ou récidivantes.

Un seul a été perdu de vue au troisième mois de son évolution post-opératoire, un autre s'est suicidé au quatrième mois. Les deux cas concernent des tumeurs malignes infiltrant largement la paroi vésicale.

Tous les autres opérés sont actuellement en vie :

- après un an d'évolution pour six cas (4 tumeurs malignes largement infiltrantes, deux tumeurs malignes superficielles).

- un an et demi : un cas de tumeur bénigne,

- deux ans : 6 cas (3 tumeurs malignes largement infiltrantes; trois tumeurs bénignes),

- deux ans et demi : deux cas (une tumeur maligne superficielle, une tumeur bénigne).

- trois ans et demi, c'est le délai le plus long (un cas de tumeur bénigne).

Ainsi en moyenne un recul inférieur à deux ans, avec des extrêmes allant de quelques mois à trois ans et demi. Ces délais moindres que dans les iléo-plasties s'expliquent par l'emploi plus récent de côlon comme moyen de remplacement vésical.

La valeur biologique de la colo-plastie est excellente.

Sur 18 observations, on ne note qu'un seul cas de rein normal à l'U.I.V. avant l'intervention, devenu muet en deux ans.

Dans tous les autres cas, malgré une petite distension habituelle, qui arrondit les calices sans écraser les papilles, les U.I.V. se sont montrées normales, alors qu'avant l'intervention 13 voies urinaires supérieures étaient distendues, et un rein muet. Ainsi donc, 14 reins ont récupéré sécrétion et morphologie correcte

après avoir eu leur uretère implanté dans une vessie colique. Tous les autres ont gardé la morphologie qu'ils avaient avant la cystectomie totale.

La capacité de la néo-vessie colique varie entre 150 et 300 ml. L'étude manométrique fut plus souvent pratiquée dans les colo-plastie que dans les iléo-plasties.

Les résultats sont tout à fait comparables. La pression de remplissage oscille autour de 20 à 30 cm d'eau entrecoupée de petits pics à 35 témoins des ondulations péristaltiques résiduelles du côlon. Mais ces ondulations d'un segment colique isolé n'ont rien à voir avec l'ampleur la vigueur des contractions d'un côlon sain. La miction se produit pour une pression de 40 cm d'eau en moyenne. La suppression du col vésical est un des éléments qui permet la miction pour des développements de pression aussi bas.

Un de nos opérés avait un résidu à 50 ml. comme dans les iléo-cystoplasties, un seul cas d'insuffisance rénale avec acidose hyperchlorémique deux ans et demi après une cystectomie totale pour tumeur maligne superficielle (urée sanguine à 0,97 g 0/00 et un chlore sanguin à 109 mEq).

Enfin, nous ne connaissons qu'un seul cas de poussées infectieus qui se sont répétées pendant les trois premiers mois suivant la colo-plastie. Ces accès relevaient très vraisemblablement d'une sténose de la bouche urétéro-colique, car lorsque le rein a cessé de fonctionner les accès fébriles ont disparu. Ce même malade a un reflux vésico-urétéral mais du côté opposé (il n'avait pas été irradié).

Deux autres opérés sont connus porteurs d'un reflux, ce qui ne les empêche pas d'avoir une U.I.V. normale, l'un quatre mois, l'autre deux ans après la cystectomie totale.

Quelles sont les qualités fonctionnelles de la néo-vessie colique ?

Les mictions possibles par les voies naturelles ont été obtenues dans tous les cas. Jamais, l'anastomose greffon colique-urèthre ne s'est sténosée.

Le besoin d'uriner a toujours été récupéré; deux fois seulement sur un mode absolument normal "comme avant", dans tous les autres cas sous forme de colique, de barre hypo-gastrique.

16 opérés ont très rapidement été à même de retenir leurs urines, le jour. Le 17ème par contre dû attendre deux ans et 1/2 avant de récupérer sa continence diurne. Enfin, l'un de nos opérés est resté totalement incontinent, obligé de vivre avec une pince à verge.

La durée moyenne séparant deux mictions est plus grande que dans les iléo-plasties. La plupart des opérés urinent toutes les trois heures dans la journée.

Les mictions sont habituellement faciles, si ce n'est pour certains un temps de latence au départ, et pour d'autres opérés la possibilité d'interrompre le jet des urines sauf si le besoin est par trop impérieux.

Comme dans les iléo-plasties, un bouchon de mucus, accumulé dans l'urèthre entre deux mictions, peut rendre difficile le démarrage de celles-ci.

Alors que, 15 opérés perdent leurs urines durant le sommeil (les obligeant à des artifices analogues à ceux vus lors du chapitre précédent); trois sont parfaitement continents, le jour comme la nuit. Ils sont réveillés par le besoin de miction de une à quatre fois.

Il apparaît ainsi que les néo-vessies intestinales ont en commun un certain nombre de qualités.

Les qualités en sont double : biologiques et fonctionnelles.

Nous avons rencontré deux cas de troubles hydro-électrolytiques graves. L'urée sanguine est restée subnormale. Il n'est pas certain que le reflux colo ou iléo vésical soit nocif, car il se produit à basse pression. Tel rein muet avant l'intervention retrouve une bonne sécrétion alors qu'un reflux est prouvé de ce côté. Ainsi les qualités biologiques de ces substituts vésicaux sont remarquables : elles donnent aux reins la possibilité de fonctionner dans des conditions tout à fait correctes.

A valeur biologique pratiquement égale, toutes les "néo-vessies" apportent à l'opéré la possibilité d'avoir des mictions par les voies naturelles, séparées par des intervalles de continence. Continence diurne très souvent, continence nocturne parfois. Mais dans l'ensemble, lorsque l'on propose à un malade une cystectomie totale avec remplacement, on peut lui promettre :

- qu'il retiendra ses urines le jour, mais que, durant la nuit, la vigilance de son sphincter uréthral se relâchera très probablement, le condamnant ainsi à l'urinal ou la sonde uréthrale, ou la pince à verge à demeure pour la nuit.

Il aura des mictions avec ce que cela suppose

- de sensibilité capable de lui annoncer le "besoin" d'uriner
- de possibilité de vidanger le greffon.

La sensibilité est parfois normale et l'opéré ressentira d'emblée le besoin "comme avant". Le plus souvent elle est modifiée, se résumant à une sensation de colique. En fait, elle est très vite "intégrée" et l'opéré reconnaîtra dans cette colique un besoin de vider sa néo-vessie. L'inconvénient est mineur, car ce qui importe avant tout est que cette sensibilité existe.

QUELLES SONT LES IMPERFECTIONS DES NEO-VESSIES EN INTESTIN ?

Lorsque dans les années qui suivent la confection de la néo-vessie, un rein meurt, cette mort ne tient pas à la néo-vessie en soi, mais à un défaut de montage de l'anastomose urétéro-intestinale.

Une implantation directe expose certes au reflux, mais ce reflux à basse pression n'a pas, dans notre série, démontré sa nocivité.

Alors qu'à l'inverse, vouloir s'opposer au reflux par une tunnellisation intra murale de l'uretère dans la paroi de la néo-vessie, expose certainement à des sténoses. Découverte tôt le malade devra être réopéré; s'il ne se fait pas suivre régulièrement, on risque d'avoir la désagréable surprise de trouver après quelques années un rein détruit. La meilleure implantation semble donc bien être l'implantation directe bord à bord, la plus simple.

Lorsque la bouche intestino-uréthrale se sténose, l'espoir de retrouver les mictions est déçu. Mais l'opéré reste dans les conditions d'une urétérostomie cutanée trans-intestinale facilement appareillable et merveilleusement tolérée par les reins. (Il est même des auteurs qui, redoutant par dessus tout le reflux néovésico-urétéral, préfèrent sacrifier la fonction et imposer à tous leurs opérés un orifice urinaire, contre nature).

L'échec est fonctionnel mais non biologique.

Lorsque le malade est totalement incontinent, il convient de distinguer l'état de l'homme et celui de la femme. L'incontinence est inappareillable chez la femme (nous en avons un cas). Force est de revenir à l'urétérostomie trans-intestinale, en fermant l'orifice vaginal du greffon. Chez l'homme la verge est une trompe permettant le port d'une pince. Infirmité appareillable donc supportable, et que supportent des prostatectomisés pour tumeur bénigne. Guérir d'un cancer vésical au prix d'une pince à verge paraît une infirmité mineure, car enfin, ils ne souffrent plus, enfin ils ne saignent plus. D'ailleurs une pince à verge ne paraît pas être une rançon trop chère, si nous en croyons nos opérés.

Il est des imperfections fonctionnelles. Au nombre de trois : la pollakiurie, la dysurie, l'incontinence nocturne.

- La pollakiurie. En effet, rares sont les opérés qui peuvent se contenter de deux mictions, matinales et deux ou trois mictions dans l'après-midi. Cette pollakiurie avait déjà frappé J. CIBERT dans son étude des agrandissements de vessie. Alors que le greffon peut contenir 250 à 300 ml; la capacité physiologique de la néo-vessie, ne dépasse pas 100 à 150 ml. A ceci, deux explications.

D'une part, la sensibilité de la néo-vessie apparaît pour une pression plus basse que dans une vessie normale. Mais de plus, contrairement à une vessie normale qui en se remplissant se déplisse plus qu'elle ne se distend, sans augmentation de pression, la néo-vessie intestinale voit sa pression augmenter à mesure que le liquide la distend, de sorte que, pour une quantité de liquide égale, la pression monte beaucoup plus vite dans le greffon que dans une vessie normale.

La dysurie :

- Les mictions sont lentes, durant cinq à dix minutes. Bien des opérés ajoutent à la force expulsive propre de la paroi de la néo-vessie, un effort de poussée abdominale. Si ce n'était que le besoin de pousser, l'inconvénient serait minime; mais certains ne vident pas complètement leur vessie. Un résidu de 100 mls n'est pas une exception.

Reste l'incontinence nocturne.

Tous les opérés ne l'ont pas. Si l'on comprend que la vigilance diurne était relâchée, le sphincter uréthral amoindri par la résection plus ou moins étendue de la prostate, ne puisse résister à la poussée du greffon, par contre, on comprend mal pourquoi certains opérés sont effectivement continents le jour comme la nuit.

Lorsque ces inconvénients auront été compris et surmontés, le remplacement de la vessie par l'intestin aura idéalement atteint son but.

OBSERVATIONS

LES CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR URETEROSTOMIE - CUTANEE DIRECTE

TUMEURS MALIGNES LARGEMENT INFILTRANTES

Obs. 2 - Monsieur L... Louis, âgé de 43 ans (dossier N° 614)

Volumineuse tumeur maligne de vessie envahissant la prostate

Prostato Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée.

Son histoire clinique est la succession habituelle des étincelages et résections endoscopiques pour polypes vésicaux. Mais, après cinq and d'évolution l'examen clinique retrouve au toucher rectal une infiltration de la paroi vésicale à gauche.

L'urée sanguine est à 0,32 g. 0/00.

L'anémie est intense et huit transfusions de 500 g. chacune ramènent difficilement la numération globulaire à 3.680.000 globules rouges.

Le 18/4/1947 (opérateur R. COUVELAIRE)

Prostato cystectomie totale par voie périnéo abdominale, urétérostomie cutanée droite.

L'opéré meurt en un mois dans un tableau de cachexie progressive.

Obs. 26 - Monsieur M... José âgé de 57 ans (dossier N° 1.376)

Papillomatose pyelo uretero vésicale dégénérée traitée en 3 temps par néphrectomie; puis urétéro cystectomie partielle enfin cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

En 1948 néphrectomie pour tumeur pyélique droite hémorragique (opérateur E. MAGDER)

En janvier 1952 : récidive urétéro-vésicale hémorragique traitée par cystectomie partielle (opérateur R. COUVELAIRE). Un semis de granulation mitotiques sur le péritoine. Et la cystectomie n'est faite que partielle pour permettre une fin de vie confortable.

En fait, en mai, les hématuries reprennent, une masse tumorale bloque tout le petit bassin. L'urétérostomie cutanée bilatérale ne parvenant pas à stopper le saignement, une cystectomie totale est faite 3 semaines plus tard.

Cinq mois de survie, avant la mort dans un tableau cachectique.

Obs. 28 - Monsieur D... 65 ans (dossier 3.209)

Volumineuse tumeur fixée de la vessie avec destruction du rein gauche.

1er temps thérapeutique : radiumthérapie par 15 aiguilles intra et extra vésicales sous dérivation des urines par urétérostomie cutanée bilatérale.

Deux mois plus tard, en décembre 1952, (opérateur R. COUVELAIRE) cystectomie totale palliative.

Cet opéra n'a vécu que 3 mois.

Obs. 41 - Monsieur B... Henri, cultivateur, 66 ans (dossier N° 1.812)

Epithélioma vésical envahissant la prostate avec métastases ganglionnaires.

Traité par cystectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale

Tumeur révélée par des hématuries et une cystite. A l'examen clinique, le toucher rectal découvre une prostate dure augmentée de volume.

L'urée sanguine est à 0,39 g 0/00.

U.I.V. : distension urétéro-pyélocalicielle bilatérale.

Cystoscopie : tumeurs papillaires multiples à base d'implantation large.

Le 10/8/1954, prostato-cystectomie totale (opérateur E. MAGDER). Curage cellulo-ganglionnaire du petit bassin. Urétérostomie cutanée

bilatérale. De très nombreux ganglions sur les vaisseaux iliaques.

Les suites post-opératoires immédiates sont simples. Mais un mois et demi plus tard, le malade meurt dans un tableau de cachexie néoplasique avec oedème et ascite.

A l'autopsie : Envahissement des chaînes ganglionnaires mésentériques et latéro-aortiques.

Obs. 42 - Monsieur P... Emile, (Dossier N° 1.763)

Epithélioma malpighien du trigone vésical envahissant la musculeuse.

Traité par cystectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale.

Tumeur révélée par une cystite, des hématuries et une dysurie allant jusqu'à la rétention vésicale complète.

Le toucher rectal perçoit une masse au-dessus de la prostate. L'urée sanguine est à 0,41 g 0/00.

U.I.V. : distension urétérale bilatérale prédominant à gauche. Sur la cystographie de sécrétion la vessie est irrégulière.

Cystoscopie : tumeur trigonale masquant les orifices urétéraux.

L'état général est bon : la numération sanguine montre 4.080.000 globules rouges, 7.000 globules blancs.

Cystectomie totale le 6/8/1954 (opérateur E. MAGDER) urétérostomie cutanée bilatérale.

Les suites opératoires de cette cystectomie totale faite à titre de propreté tant la tumeur était infiltrante sont simples. Mais dans le mois qui suit l'impossibilité de remettre en place la sonde urétérale gauche fait utiliser un appareil à ventouse.

Deux mois plus tard, une hémorragie massive, rénale gauche et digestive emporte le malade.

Obs. 45 - Monsieur M... Robert, âgé de 44 ans (dossier 4.680 P)

Enorme tumeur infiltrante de la vessie. Le rein gauche est muet. Traitement en deux temps :

Premier temps : Aiguillage par 12 aiguilles de radium intra et extra vésicales sous couvert d'une urétérostomie cutanée

bilatérale.

Trois mois plus tard prostato cystectomie totale. Cet opéré a survécu deux ans. Est mort en 1956 dans un tableau de récidives néoplasiques diffuses dans tout le petit bassin.

Obs. 52 - Madame B... Gilberte, âgée de 64 ans (dossier N° 2.228)

Epithélioma atypique infiltrant la paroi vésicale traité par cystectomie totale avec hystérectomie. Urétérostomie cutanée bilatérale.

Hématurie et cystite font découvrir la tumeur accessible au toucher vaginal. L'urée sanguine est à 0,51 g 0/00.

U.I.V. : rein gauche muet, distension urétéro pyélocalicielle droite. En endoscopie, la tumeur envahit tout le trigone.

- Des transfusions préparent

- La cystectomie totale avec hystérectomie totale et curage ganglionnaire le 6 avril 1955 (opérateur E. MAGDER).

Urétérostomie cutanée bilatérale.

Les suites opératoires sont simples. L'appareillage par cupules donne toute satisfaction à la malade.

Radiothérapie complémentaire dans une ville de Province, Opérée perdue de vue.

Obs. 56- Monsieur L... Robert, âgé de 53 ans (N° de dossier 3.027)

Epithélioma vésical paramalpighien envahissant profondément la musculeuse.

Traité par cystectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale.

Les signes révélateurs en sont une cystite avec hématuries. Une induration irrégulière, granuleuse est perçue au-dessus de la prostate.

Urée sanguine : 0,25 g. 0/00.

U.I.V. : retard à l'évacuation de l'uretère droit. L'hémivessie droite est obstruée par une masse.

Le 7 avril 1956 (opérateur E. MAGDER).

Cystectomie totale avec curage ganglionnaire bilatéral ramenant de nombreux ganglions.

Urétérostomie cutanée bilatérale.

Trois joursp plus tard collapsus brutal, sans aucune hémorragie ni péritonite à l'autopsie.

Obs. 54 - Monsieur G... Henri, âgé de 67 ans, (dossier N° 3.457)

Epithélioma malpighien de la vessie infiltrant la musculeuse.

Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Enorme tumeur qui retentit sur les deux voies urinaires supérieures. L'urée sanguine est à 0,60 g 0/00

Le rein gauche muet, le rein droit secrète avec retard et son uretère est distendu.

Prostato-cystectomie totale le 7/9/1956 avec urétérostomie cutanée bilatérale.

L'opéré meurt en 15 jours dans un tableau d'insuffisance rénale.

Obs. 57 - Monsieur N... Léon, âgé de 70 ans (dossier N° 1.691)

Epithélioma vésical infiltré.

Traité par cystectomie totale et implantation cutanée des deux uretères.

Le 4/3/1956 (opérateur R. COUVELAIRE) L'opéré meurt le soir même dans un tableau de collapsus.

Obs. 58 - Monsieur Z... Luigi, âgé de 49 ans, (dossier N° 3.093)

Epithélioma vésical envahissant la loge prostatique et les ganglions.

Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée.

Un an après une néphro-urétérectomie droite pour pyonéphrose tuberculeuse en 1956, une anurie vient révéler la tumeur.

Néphrostomie gauche le 2 mars 1956.

Une volumineuse tumeur de la moitié droite de la vessie étrangle l'uretère restant.

Deux mois plus tard, l'azotermie étant normalisée, cystectomie totale avec urétérostomie cutanée. Le 10 avril 1956 (opérateur R. COUVELAIRE).

Les suites sont simples.

Malade perdu de vue.

Obs. 63 - Monsieur B... Albert, âgé de 70 ans (dossier 4.642 P)

Papillomatose récidivante multiple de la vessie traitée pendant 7 ans par des coagulations endoscopiques. La récidive de 1956 est diffuse à toute la vessie et entraîne une distension des voies urinaires supérieures gauches.

Le 19 mai 1956 (opérateur R. COUVELAIRE) une cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale est faite. Il lui est ainsi assuré 3 années de survie.

Cet opéré mourra dans un tableau de récidives néoplasiques.

Obs. 71 - Monsieur D... Marcel (dossier 4.265 P)

Tumeur infiltrante de la vessie disséminée à toute la moitié gauche du viscère.
Stase urétéro pyélocalicielle gauche.

Le 10 janvier 1957 cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Un an plus tard l'opéré meurt dans un tableau de dissémination néoplasique avec métastase pulmonaire.

Obs. 72 - Monsieur P... âgé de 55 ans (dossier N° 1.783)

Epithélioma vésical paramalpighien envahissant la musculeuse.
Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Volumineuse tumeur de la moitié gauche de la vessie retentissant sur le rein gauche dont elle retarde la sécrétion et distend les voies excrétrices.

L'urée sanguine 0,40 g 0/00.

Le 4/1/1957 cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Au 6ème jour post-opératoire : ablation des mèches, hémorragie foudroyante.

Obs. 78 - Monsieur de B... Jean, âgé de 73 ans, (dossier N° 5.144)

Epithélioma papillaire paramalpighien envahissant la musculeuse vésicale.

Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Une hématurie avec cystite révèle une tumeur occupant les 2/3 gauches de la vessie. Elle ampute d'autant la vessie sur le cystogramme de sécrétion.

L'urée sanguine est à 0,40 g 0/00.

Le rein gauche muet à l'U.I.V. alors qu'à droite les voies urinaires supérieures sont normales.

Cystectomie totale le 28/8/1957 (opérateur E. MAGDER) avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Les suites sont simples.

L'opéré quitte le service en bon état. Malade perdu de vue.

Obs. 81 - Monsieur P... Emile, âgé de 69 ans, (dossier N° 5.371)

Carcinome indifférencie de la vessie envahissant toute l'épaisseur de la paroi vésicale le tissu cellulo lympho graisseux péri vésical.

Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale (opérateur A. MOULONGUET).

Décès trois jours plus tard dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire.

Obs. 83 - Monsieur P... Jean, âgé de 59 ans, (dossier N° 5.667 P)

Enorme tumeur fixe de la vessie avec rein gauche muet. Le 16 juillet 1958 (Opérateur R. COUVELAIRE) Urétérostomie cutanée bilatérale. Puis irradiation par télécobalt. Enfin cystectomie totale palliative au mois de décembre, imposée par la reprise des hémorragies. Quelques mois plus tard récidive et décès.

Obs. 87 - Monsieur D... âgé de 72 ans (dossier N° 4.075 P)

Volumineuse tumeur dépassant la vessie, fixe.

L'urée sanguine est à 0,80 g.

Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale en 1958.

Une hématurie récidivante par l'urétérostomie cutanée gauche révéle un papillome du bassinet gauche.

Le malade a survécu un an.

Obs. 90 - Monsieur H... Fernand, âgé de 68 ans, (dossier N° 5.712)

Epithélioma malpighien peu différencié de la vessie envahissant toute l'épaisseur de la musculeuse.

Une volumineuse tumeur des 2/3 gauches de la vessie est découverte sur la cystographie de sécrétion, chez cet homme venu consulter pour hématurie.

L'urée sanguine est à 0,32 g 0/00 et sur l'urogramme se dessine une distension urétéro-pyélocalicielle gauche.

L'état général est bon. La numération globulaire rouge : 4.670.000.

Le 23/5/1958 - cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Décès le soir même dans un tableau de collapsus.

Obs. 94 - Monsieur G... Henri, âgé de 51 ans (dossier N° 5.826)

Adéno carcinome polymorphe de la vessie. Différencié par endroits. Indifférencié en d'autres. Envahissant toute la paroi vésicale et le tissu cellulo ganglionnaire péri vésical.
Prostato cystectomie totale. Puis irradiations par rayons X.

La maladie débute par pollakiurie et dysurie. L'urétrocystographie découvre l'amputation de la moitié gauche de la vessie. L'urée sanguine est à 0,30 g 0/00 et en U.I.V. : le rein droit est muet, le gauche sécrète avec beaucoup de retard et est très distendu.

Le 8/7/1958 prostato-cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE)

urétérostomie cutanée bilatérale. Les deux uretères accolés en canon de fusil sur la ligne médiane.

Les suites opératoires sont simples. Vingt quatre séances de roentgenthérapie sous 200 kw.

L'opéré tolère très mal ses urétérostomies cutanées appareillées par sondes (les changements de sonde n'étant pas aisés).

En décembre 1959, l'opéré meurt, 17 mois après la cystectomie totale dans un tableau d'occlusion néoplasique ; alors que son urée sanguine était à 0,50 g 0/00 et la sécrétion correcte des deux côtés.

Obs. 97 - Monsieur S... Clément, âgé de 57 ans (dossier N° 6.534)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant toute l'épaisseur de la paroi vésicale, le tissu cellulo-adipeux péri-vésical et les ganglions iliaques externes.
Traité par cystectomie totale, prostatectomie partielle passant au-dessus du veru montanum, curage ganglionnaire et urétérostomie cutanée bilatérale.

Depuis cinq années, le malade se plaint d'hématurie, de dysurie et de cystite.

La tumeur est palpable au toucher rectal.

Urée sanguine à 0,47 g 0/00.

U.I.V. : distension pyélocalicielle bilatérale plus marquée à gauche.

L'état général est altéré par un éthylisme chronique surajouté.

Le 12/2/1959 (opérateur J. AUVERT)

Cystectomie totale avec curage ganglionnaire et urétérostomie cutanée bilatérale.

Un mois plus tard l'opéré meurt dans un tableau d'hyperazotémie.

A l'autopsie rétention calicielle purulente prédominant à gauche.

Obs. 98 - Monsieur M... André, âgé de 61 ans (dossier N° 6.923)

Carcinome anaplasique de la vessie infiltrant la musculeuse vésicale.

Traité par prostatocystectomie totale. Irradiation. Urétérostomie cutanée bilatérale.

La cystographie de sécrétion dessine la tumeur sous forme de lacunes vésicales multiples, alors que le toucher rectal ne perçoit rien d'anormal au-dessus d'une prostate adénomateuse.

Une biopsie affirme : carcinome anaplasique de la vessie.

28 séances de Bétatron n'empêchent pas la tumeur de proliférer, de continuer à saigner.

Le haut appareil urinaire est normal à l'U.I.V.

Le 15/12/1959, un mois après la fin de l'irradiation : prostatocystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale (opérateur R. COUVELAIRE).

L'opéré meurt quelques jours plus tard dans un tableau de coma diabétique.

Obs. 102 - Monsieur T... Henri, âgé de 51 ans (dossier N° 6.952)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant toute la paroi vésicale.

Traité par irradiation à haute énergie (Bétatron) sous couvert d'une urétérostomie cutanée bilatérale puis prostato cystectomie totale.

La tumeur est volumineuse, perçue au toucher rectal: Le rein droit muet. Le rein gauche normal à l'U.I.V. L'urée sanguine à 0,40 g 0/00.

Le 4 octobre 1958 : urétérostomie cutanée bilatérale.

En novembre - décembre 28 séances de Bétatron : les hémorragies reprennent et

Le 18 mars 1959 (3 mois après irradiation) prostato cystectomie totale. Histologiquement, l'irradiation semble ne pas avoir modifié la structure histologique de la tumeur.

Dix mois plus tard, une urétrorragie fait découvrir un carcinome de l'urètre. L'urée sanguine est à 0,35 g 0/00. Les cavités excrétrices des deux reins distendues avec une lithiase pyélique à gauche.

Curiethérapie uréthrale par sonde radifère. Malade perdu de vue.

Obs. 104 - Monsieur R... Léon, âgé de 64 ans (dossier N° 7.129)

Carcinome indifférencié de la vessie. Envahissement ganglionnaire.

Cystectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale.

La tumeur qui ampute la moitié gauche de la vessie, distend les deux voies urinaires hautes, qui sont le siège d'une lithiase dans chaque bassinet.

Cure première de cette lithiase par pyélotomie gauche en juin et droite en juillet 1959.

Cystectomie totale de propreté en Août tant la tumeur suinte, du pus et du sang. Urétérostomie cutanée bilatérale.

Malgré l'envahissement ganglionnaire la survie a été de un an et demi. Décès par cachexie néoplasique mais sans aucune souffrance.

Obs. 123 - Madame M... Jeanne, âgée de 59 ans (dossier 7.691)

Carcinome anaplasique de la vessie, envahissant et dépassant la musculeuse.

La tumeur est énorme. Le rein droit muet à l'U.I.V. Le rein gauche distendu.

La malade ne supporte pas une pelvectomie antérieure avec implantation cutanée des deux uretères. Le 27 Janvier 1960.

Obs. 130 - Monsieur P... Albert, âgé de 66 ans (dossier N° 8.422)

Epithelioma vésical massif, occupant les 2/3 de la circonférence vésicale, envahissant et dépassant la paroi vésicale. Des foyers tumoraux métastatiques dans la graisse sous séreuse.

Traité par urétérostomie cutanée bilatérale première précédant la cystectomie totale seconde de propreté.

Hématurie et cystite viennent révéler la tumeur palpable au toucher rectal, et visible sur le cystogramme de sécrétion sous forme d'une amputation de l'hémivessie gauche.

Malgré une urée sanguine à 0,22 g 0/00 l'état général est mauvais ; le rein gauche est muet, le malade anémique (G.R. :3.360.000) déshydraté. Hypokaliémique (2,9 mEq) et hyponatrémique (135 mEq).

Les temps opératoires sont fragmentés :

18/8/1960, urétérostomie cutanée bilatérale (opérateur J. AUVERT).

La persistance d'écoulements urétraux hémorragiques purulents et horriblement douloureux amènent à

Une cystectomie totale de propreté le 7/10/1960 (opérateur : R. COUVELAIRE).

Les suites opératoires sont simples et l'opéré sort du Service le 15ème jour post-opératoire.

Malade perdu de vue.

Obs. 140 - Monsieur R... Louis, âgé de 62 ans (dossier 6.317)

Cancer de vessie traité par prostato cystectomie totale et néphrec tomie droite après un premier temps d'irradiation par bétatron. A raison de 4.500 R sur la tumeur.

Ce sont des hématuries qui viennent révéler la tumeur vésicale.

Elle entraine la mutité du rein droit alors que le rein gauche est normal, et sur la cystographie de sécrétion une vessie qui parait petite et indurée, immobile.

L'endoscopie découvre un cancer postéro droit infiltrant la paroi vésicale.

Sous anesthésie générale le T.R. retrouve la tumeur.

Premier temps thérapeutique : urétérostomie cutanée bilatérale, d'un uretère droit distendu alors que le gauche est normal.

Puis irradiation à l'Institut Gustave Roussy 4.500 R.

Le rein droit ne donne que très peu d'urine et beaucoup de pus, les poussées fébriles se succèdent, une néphrectomie droite est faite dans le même temps que la prostato-cystectomie totale en juillet 1960. Soit 3 mois après la fin de l'irradiation. Un état de cachexie progres sive apparait et l'opéré meurt 10 jours après l'intervention.

Obs. 145 - Madame M... Louise, âgée de 72 ans (dossier N° 9.623)

Cancer de vessie envahissant toute l'épaisseur de la paroi et le tissu celluleux paravésical sous séreux.
Traité par pelviectomie antérieure et urétérostomie cutanée bi-latérale.

La tumeur est palpable, visible en cystographie, mais ne retentit pas sur le haut appareil urinaire. L'urée sanguine est à 0,20 g 0/00

Un gros fibrome calcifié est associé.

En septembre 1961 (opérateur R. COUVELAIRE) pelviectomie antérieure et urétérostomie cutanée bilatérale.

Trois mois plus tard récidive pelvienne et vaginale et la malade meurt par hémorragie brutale.

Obs. 149 - Monsieur G... Joseph, âgé de 50 ans (dossier N° 8.671)

Carcinome bien différencié de la vessie, intéressant toute la paroi vésicale, atteignant la sous séreuse en envahissant toute la prostate.
Traité par télécobalt puis urétérostomie cutanée bilatérale enfin cystectomie totale d'hémostase.

Durant 10 ans : des hématuries sans cesse récidivantes, cinq résections endoscopiques, deux résections à vessie ouverte.

35 séances d'irradiation par le télécobalt sont faites devant le caractère histologique "inquiétant" de la dernière résection.

La paroi vésicale et abdominale se désunit alors, les hémorragies reprennent, et c'est ainsi que le malade arrive dans le Service.

L'anémie est intense à 1.500.000 globules rouges. La tumeur est énorme, facilement perçue dans l'hypogastre et par le toucher rectal. L'urée sanguine est à 0,67 g 0/00 et les deux reins muets à l'U.I.V.

Transfusions et urétérostomie cutanée bilatérale le 14/9/1960. Une récupération rénale s'ensuit. Deux mois plus tard, le rein gauche sécrète à cinq minutes, le droit à la 35ème minute.

La persistance des hémorragies malgré une nouvelle irradiation de 3.000 R par Bétatron impose une cystectomie totale d'hémostase le 22/3/1961 (opérateur J. AUVERT).

L'amélioration de l'état général est alors remarquable. L'urée sanguine descend à 0,60 g 0/00. L'opéré reprend 7 kg. Les urétérostomies cutanées sont appareillées par des ventouses collées qui tiennent de 3 à 8 jours.

L'orifice d'urétérostomie cutanée gauche se sténose. Reprise de celle-ci 9 mois après sa confection.

Finalement 10 mois après la cystectomie l'opéré meurt dans un tableau d'occlusion néoplasique.

Obs. 84 - Monsieur B..., 56 ans (dossier N° 5.025)

Tumeur infiltrant la musculeuse développée sur la moitié gauche de la vessie.

Retentissement unilatéral avec urétéro hydronéphrose gauche.

1er temps opératoire le 21 mars 1957 : réimplantation de l'uretère gauche.

Puis télécobaltothérapie. Une terrible cystite radique avec fistule recto vésicale impose en janvier 1958 une cystectomie totale avec implantation urétéro cutanée droite. Un anus iliaque gauche et une néphrectomie gauche.

Ce malade a survécu un an.

TUMEURS MALIGNES "EN SURFACE"

Obs. 1 - Monsieur B... Didier, âgé de 50 ans, typographe (dossier N° 214)

Epithélioma malpighien de la vessie en surface. Sans envahissement de la sous muqueuse, diffus à toute la vessie.
Traitée par cystectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale.

Une cystite intense avec dysurie marque le début de la maladie. L'examen clinique ne révèle rien d'anormal. L'urée sanguine est à 0,23 g 0/00.

U.I.V. les voies urinaires supérieures gauches sont normales, les voies urinaires supérieures droites légèrement distendues.

Lors de l'endoscopie et lors d'une taille vésicale faites le 2/7/1946 (opérateur R. COUVELAIRE) dans le but de réséquer cette tumeur, l'extension trigonale est telle que décision est prise de faire

Le 19 juillet 1946 (opérateur R. COUVELAIRE) une cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Les suites opératoires immédiates sont simples. Pendant les 9 années qui suivent des poussées fébriles avec pyurie se succèdent de façon sporadique.

L'oblitération périodique de l'orifice d'urétérostomie cutanée droite est ce qui a le plus gêné l'appareillage par sondes.

Finalement 9 ans après la cystectomie totale, le malade meurt dans un tableau d'anurie.

Obs. 37 - Monsieur C..., âgé de 69 ans (dossier N° 1.804)

Tumeur papillaire de vessie envahissant la sous muqueuse mais respectant la musculeuse.

Traitée par cystectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale.

Révélée par des hématuries massives, responsables d'un état d'anémie aiguë impossible à contrôler par des transfusions.

A l'U.I.V., les voies urinaires supérieures sont normales. L'état général alarmant avec une anémie chiffrée à 2.300.000 globules rouges.

Le 4/9/1954 cystectomie totale d'hémostase (opérateur E.MAGDER). Urétérostomie cutanée bilatérale.

Les suites opératoires sont marquées par l'apparition d'un oedème bilatéral des membres inférieurs, et l'opéré quitte le service sur sa demande.

Obs. 49 - Monsieur D... Roger, âgé de 56 ans (dossier 2.794)

Epithelioma papillaire de la vessie sans envahissement de la musculeuse.

Traité par cystectomie totale et urétérostomie cutanée bilatérale.

Tumeur révélée par des hématuries, des lombalgies droites et une rétention vésicale complète aiguë.

Elle se palpe au toucher rectal, et se voit sur le cystogramme de sécrétion amputant la corne gauche de la vessie.

U.I.V. : dilatation de l'uretère gauche.

En endoscopie 3 foyers papillaires : pariétal, gauche, cervical droit et sur la calotte.

Le 27/1/1955 (opérateur Dr BRIZON)

Cystectomie totale, urétérostomie cutanée bilatérale.

Malheureusement, ce malade, tuberculeux, décède peu de temps après dans un tableau de dissémination tuberculeuse avec méningite.

Obs. 67 - Monsieur M... Narcisse, âgé de 49 ans (dossier 2.767)

Epithelioma paramalpighien de la vessie infiltrant la sous muqueuse, mais épargnant la musculeuse.

Traité par cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Echec d'une cystectomie partielle préalable.

Huit mois après une cystectomie trigonale pour une tumeur de vessie localisée au trigone, une récidive tumorale hémorragique impose le 19/10/1956 une cystectomie totale et une urétérostomie cutanée bilatérale. (opérateur R. COUVELAIRE).

Les suites immédiates sont simples. Mais quatre mois suffisent pour sténoser l'orifice d'urétérostomie cutanée droite et imposer une réintervention : confection d'une nouvelle implantation urétéro-cutanée gauche.

48 séances de radiothérapie viennent compléter le traitement de cette tumeur vésicale. Ce malade a été appareillé par des sondes urétérales en permanence. Ces orifices sont le siège de petits bourgeons inflammatoires. Les urines sont constamment troubles ; et souvent hématuriques à gauche. Une lithiase rénale gauche a été prouvée par l'émission spontanée de 3 calculs par l'orifice d'urétérostomie cutanée gauche. De temps à autre des poussées fébriles sans lombalgies.

Revu six ans après l'intervention cet opéré va bien. Mais des nausées, parfois quelques vomissements font craindre une élévation de l'urée sanguine, des examens sont actuellement en cours.

TUMEURS BENIGNES

Obs. 40 - Monsieur T... Henri, âgé de 61 ans (dossier N° 1.826)

Papillomatose vésicale sans envahissement de la sous muqueuse ni de la musculeuse.

Traité par prostato cystectomie totale, radiumthérapie et urétérostomie cutanée bilatérale.

Tumeur révélée par des hématuries. Nombreux traitements endoscopiques depuis 1941. Une "taille" vésicale en 1953 pour polypes vésicaux.

En 1954 récidive hématurique. Au-dessus de la prostate perception au toucher rectal d'une base vésicale indurée.

L'urée sanguine est à 0,35 g 0/00.

U.I.V. : voies urinaires supérieures normales sauf l'uretère pelvien droit dilaté.

Cystoscopie : nombreuses formations papillaires, disséminées sur les faces de la vessie et groupées sur le trigone. L'urèthre postérieur est bourré de formations polypoïdes.

Le 5/10/1954 (opérateur R. COUVELAIRE)

Prostato-cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

5 aiguilles de radium enlevées au 7ème jour.

L'opéré sort du service un mois plus tard.

Malheureusement il a été perdu de vue.

Obs. 66 - Monsieur D... René, âgé de 57 ans (dossier 3.422)

Epithélioma papillaire vésical développé en surface sans envahissement de la musculeuse.

Traité par cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Il s'agit d'une papillomatose récidivante de la vessie traitée par électrocoagulation endoscopique à plusieurs reprises et une cystectomie partielle en 1954. Deux ans plus tard nouvelle récidive qui entraine des hémorragies, infiltre toute la face antérieure de la vessie et le col, mais ne retentit pas sur le haut appareil urinaire (l'urée sanguine est à 0,45 g pour 1.000 et l'U.I.V. montre des reins normaux).

L'état général est excellent avec un hématocrite à 45 %.

Le 4 octobre 1956 (opérateur R. COUVELAIRE) :

Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes. Deux mois après l'intervention : 24 séances de radiothérapie.

Six mois plus tard, revu en avril 1962, cet opéré est en excellent état général, ne veut absolument pas entendre parler d'une néovessie.

Les urétérostomies sont appareillées avec des cupules appliquées par une ceinture. Il n'y a aucune fuite urinaire le jour et pratiquement jamais la nuit. Les orifices urétéraux sont parfaitement perméables. Cet opéré n'a jamais eu de poussée infectieuse, a conservé une puissance sexuelle intacte.

A repris son travail presque tout de suite après son retour chez lui.

Seule ombre au tableau : des hématuries droites relevant d'une lithiase rénale actuellement en traitement.

TUMEURS HISTOLOGIQUEMENT INCLASSABLES

Obs. 50 - Monsieur M... Joseph, âgé de 68 ans, (dossier N° 1.214)

Epithélioma papillaire de la vessie sans envahissement de la sous muqueuse dont le type histologique est intermédiaire entre les papillomes bénins et les tumeurs malignes très différenciées. En fait il s'agit d'une tumeur maligne comme en témoignent les métastases pulmonaires.

Il s'agit d'une récidive tumorale deux ans après une cystectomie partielle (opérateur E. MAGDER). Le rein gauche est muet, le rein droit normal. L'hémorragie est très abondante, persiste malgré une urétérostomie cutanée bilatérale (le 26/7/1955) et impose une cystectomie totale d'hémostase le 24/8/1955 (opérateur A. MOULONGUET).

Le malade finit par mourir dans un état cachectique trois ans plus tard.

LES CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR IMPLANTATION URETERO-COLIQUE

TUMEURS MALIGNES LARGEMENT INFILTRANTES

Obs. 3 - Monsieur N... Henri, âgé de 62 ans (dossier N° 1.143)

Monstrueux épithélioma papillaire malin de la vessie.
Traité par prostato-cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale dans le sigmoïde type coffey N° 1.

Hématurie et cystite sont les signes révélateurs.

L'examen clinique ne palpe rien d'anormal.

L'urée sanguine est à 0,20 g 0/00.

U.I.V. : haut appareil urinaire normal.

Endoscopie : volumineuse tumeur papillaire trigonale droite, avec greffes tumorales sur le col et sur l'urètre postérieur au-dessus du veru montanum.

L'état général est bon avec 5.000.000 de globules rouges à la numération globulaire sanguine.

Le 11/6/1948 (opérateur R. COUVELAIRE) prostato-cystectomie totale. Coffey bilatéral.

Décès au 19ème jour dans un tableau occlusif par cellulite pelvienne abcédée.

Obs. 4 - Monsieur J... Robert, âgé de 63 ans (dossier N° 1.079)

Epithelioma épidermoïde de la vessie envahissant et dépassant la paroi vésicale.

Traité par prostato cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

Hématurie et pyurie ouvrent la scène clinique. A l'examen, une induration sus-prostatique à gauche.

L'urée sanguine est à 0,20 g 0/00.

A l'U.I.V. : le rein gauche est muet, la morphologie du rein droit est normale. La vessie apparait irrégulière sur le cystogramme de sécrétion.

En endoscopie : vaste tumeur trigonale oblitérant l'orifice urétéral gauche.

L'état général est bon avec une numération globulaire rouge à 4.200.000.

Premier temps opératoire : pyélotomie transrénale d'un rein gauch ayant conservé la valeur de son parenchyme. Le 16/4/1948 (opérateur : R. COUVELAIRE)

2ème temps opératoire : le 11/5/1948 :
prostato-cystectomie totale difficile : le cancer adhère à la branche horizontale du pubis.

Implantation urétéro-colique bilatérale type Coffey N°1.

L'opéré meurt 5 jours plus tard dans un état de déshydratation intense.

Obs. 5 - Madame T. Anne, âgée de 38 ans, (dossier N° 1.355)

Epithélioma vésical envahissant et dépassant la paroi vésicale.
Traité en deux temps : implantation urétéro-colique gauche première sous couvert de néphrostomie.
Cystectomie seconde avec implantation urétéro-colique de l'uretère droit sous couvert d'une néphrostomie droite.

La tumeur révélée par des hématuries est palpée au toucher vaginal, et retrouvée en endoscopie, trigonale, masquant l'orifice urétéral gauche.

L'urée sanguine est à 0,25 g 0/00.

U.I.V. : rein gauche pratiquement muet ; rein droit très distendu.

Quelques transfusions remontent la numération globulaire rouge à 4.240.000.

1ère intervention : 25/8/1948 (opérateur E. MAGDER) néphrostomie gauche avec implantation urétéro-colique type Coffey N° III.

2ème intervention 4/9/1948 (même opérateur)
cystectomie totale, Coffey droit sous néphrostomie droite.

Les suites sont simples.

L'état fonctionnel satisfaisant : sept à huit mictions par jour, une miction la nuit. Aucun trouble intestinal.

Un an plus tard décès dans un tableau de récidive néoplasique diffuse.

Obs. 7 - Monsieur B... Albert, âgé de 67 ans (dossier N° 1.426)

Cancer de vessie.

Cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur très hémorragique (numération globulaire rouge à 2.660.000) entraine une distension urétérale bilatérale mais asymétrique : bien plus marquée à droite où le bassinet et les calices y participent.

En décembre 1948 : cystectomie totale par voie abdomino-périnéale. Implantation urétéro-colique bilatérale.

Décès par péritonite.

Obs. 8 - Monsieur D... Adolphe, âgé de 71 ans (dossier N° 1.871)

Volumineuse tumeur maligne dure de la vessie.

Traitée dans un premier temps par néphrostomie bilatérale et implantation urétéro-colique gauche ; puis dans un second temps par cystectomie totale et implantation urétéro-colique droite.

La première intervention est faite le 9/9/1949 (opérateur : E. MAGDER).

La deuxième est réalisée le 20 du même mois.

Trois jours plus tard : décès dans un tableau d'encombrement bronchique extrême.

Obs. 12 - Monsieur C... Rémy, âgé de 52 ans (dossier N° 1.821)

Epithélioma papillaire de la vessie envahissant toute l'épaisseur de la paroi vésicale avec métastases ganglionnaires.

Traité dans un premier temps par néphrostomie bilatérale et implantation urétéro-sigmoïdienne gauche, type Coffey N° III ; puis dans un deuxième temps cystectomie totale (opérateurs E. MAGDER et A. MOULONGUET).

Arrêt cardiaque en fin d'intervention. Massage inefficace.

Obs. 13 - Monsieur M... Marcel, âgé de 60 ans (dossier 2.1400

Tumeur ulcéro-infiltrante du trigone.

Traitée par cystectomie totale et implantation urétéro-colique.

Révélée par une hématurie avec cystite.

L'urée sanguine est à 0,35 g 0/00.

U.I.V. : rein droit muet. Voies urinaires supérieures gauches normales. Lacune de la corne vésicale droite sur la cystographie de sécrétion.

L'état général est mauvais avec une anémie chiffrée à 2.320.000 globules rouges.

Après plusieurs transfusions.

Cystectomie totale le 2/6/1959 (opérateur R. COUVELAIRE). Implantation urétéro-colique bilatérale.

Décès deux jours plus tard par thrombose intra-cardiaque vérifiée par autopsie.

Obs. 14 - Monsieur B... Armand, âgé de 65 ans (dossier 2.720)

Cancer de vessie.

Découvert un mois après une adénomectomie pour adénome prostatique.

Traité par cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

Fistulisation urostercorale le 20ème jour et décès.

Obs. 15 - Monsieur B... H. (dossier P)

Cancer vésical envahissant toute la vessie.

Cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

H.B... a subi en septembre 1950, une prostato-cystectomie totale pour cancer vésical envahissant toute la vessie (opérateur : Professeur R. COUVELAIRE). Implantation urétéro-colique bilatérale dans le même temps. Excellent résultat carcinologique puisque la survie est aujourd'hui de onze ans.

Mais depuis trois ans, élévation du taux de l'urée sanguine et acidose hyperchlorémique. Les accidents, malgré une correction humorale très suivie, ont pris, en 1961, une allure grave, et seule la sonde rectale à demeure, dérivant en permanence les urines, a modifié, une situation critique mais à court terme.

La suppression de l'urétéro-colostomie est proposée à l'heure du répit. Elle est refusée et deux mois plus tard, l'insuffisance rénale progresse.

Obs. 17 - Monsieur M... Gaston, âgé de 67 ans, (dossier N° 2.798)

Epithélioma paramalpighien de la vessie envahissant toute la musculeuse et des ganglions du petit bassin.
Traité par cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

Une énorme tumeur de la moitié gauche de la vessie est annoncée par des hématuries et une cystite, retrouvée sur la cystographie de sécrétion et palpée cliniquement.

L'urée sanguine est à 0,30 g 0/00.

A l' U.I.V. le rein gauche est muet, et l'uretère pelvien droit dilaté. L'état général est bon malgré une anémie à 3.330.000 globules rouges.

Le 1/10/1951 prostato-cystectomie totale (opérateur E. MAGDER). Implantation urétéro-colique bilatérale directe à gauche, selon le procédé de Coffey N°I à droite.

Un encombrement pulmonaire dramatique ne tarde pas à emporter l'opéré.

Obs. 19 - Monsieur G... Louis, âgé de 55 ans (dossier N° 2.598)

Volumineuse tumeur maligne de la vessie sans envahissement ganglionnaire.
Traitée par cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur est annoncée par des hématuries et une cystite. Elle est retrouvée surtout nette à droite par le toucher rectal, et sur le cystogramme de sécrétion sous l'image d'une lacune de la corne vésicale droite.

L'urée sanguine est à 0,45 g 0/00. Sur les clichés d'U.I.V. le rein droit est muet, le gauche normal.

L'état général médiocre avec une numération globulaire rouge à 3.370.000.

Le 11/5/1951 : cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE) avec implantation urétéro-sigmoïdienne bilatérale.

Une fistulisation de l'anastomose urétérale gauche n'empêche pas une évolution post opératoire spontanément favorable.

Le malade a été perdu de vue.

Obs. 20 - Monsieur F... Bernard, âgé de 50 ans (dossier N° 2.419)

Tumeur maligne de vessie envahissant toute la paroi vésicale et la dépassant pour se propager au tissu cellulo-graisseux péri vésical et au péritoine du cul de sac de Douglas.
Cystectomie totale avec urétéro-sigmoidostomie bilatérale (Coffey N° I)

C'est une vaste tumeur de la moitié droite du trigone rejoignant la paroi pelvienne à droite, avec un prolongement retro-crural. Le péritoine est envahi.

L'état général mauvais avec une anémie à 3.000.000 globules rouges.

Cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale, le 18/7/1951 (opérateur R. COUVELAIRE).

Suites opératoires simples. Mais des douleurs atroces irradiées au membre inférieur droit imposent le transfert de l'opéré dans un service de neuro-chirurgie pour une myélotomie segmentaire.

Obs. 21 - Monsieur R... J., âgé de 72 ans (dossier N° 65)

Volumineuse tumeur maligne de vessie.
Traitée par cystectomie totale et implantation urétéro-colique.

Des hématuries en sont le premier signe.

Urée sanguine : 0,29 g 0/00.

U.I.V. : distension de l'uretère pelvien gauche.

Cystoscopie : tumeur de la partie inférieure et gauche du trigone.

L'état général est mauvais, non pas du fait d'une anémie (N. globulaire rouge : 3.980.000) mais de par l'hypertension, et les antécédents d'infarctus du myocarde.

Le 8/2/1952 (opérateur R. COUVELAIRE)

Cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale en trompe.

13 jours plus tard, une embolie pulmonaire massive, vérifiée par autopsie, emporte l'opéré.

Obs. 22 - Monsieur R... Paul, âgé de 60 ans (dossier N° 48)

Tumeur infiltrante diffuse de la vessie avec envahissement ganglionnaire.

Traitée par prostato-cystectomie totale et implantation urétéro-colique.

La maladie débute par des hématuries et une cystite. Néphrectomie droite l'année précédente pour pyonéphrose calculeuse.

Au toucher rectal une infiltration dure de la paroi vésicale développée surtout à gauche, au-dessus d'un petit adénome prostatique.

Urée sanguine : 0,39 g 0/00.

U.I.V. : voie urinaire supérieure normale si ce n'est un uretère pelvien légèrement dilaté. Les bords de la vessie sont irréguliers sur le cystogramme de sécrétion.

L'état général est mauvais avec une anémie à 3.450.000 globules rouges.

Le 15/2/1952 (opérateur R. COUVELAIRE)

Prostato-cystectomie totale avec curage ganglionnaire à gauche. Implantation urétéro-colique gauche directe.

Le soir même, décès dans un tableau de collapsus.

Obs. 23 - Monsieur M... Marius, âgé de 51 ans (dossier 467)

Epithélioma pavimenteux de la vessie

Traité par cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale en juin 1952 (opérateur R. COUVELAIRE).

Fistulisation itérative de l'implantation gauche.

Le caractère normal du rein droit, fait pratiquer une néphrectomie gauche en septembre 1952.

L'étude histologique de ce rein montre des glomérules et des tubes normaux sans sclérose et sans altération cellulaire. Mais une réaction inflammatoire subaiguë à type d'infiltrats leucocytaires, entoure le tissu cellulo-graisseux péripyélique et le tissu interstitiel péri-caliciel.

Cet opéré est mort de façon accidentelle 5 ans plus tard ayant toujours eu une bonne continence anale.

Obs. 24 - Madame A... Gabrielle, âgée de 55 ans (dossier N° 85)

Epithélioma infiltrant toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

Traité par hystéro-cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

Tumeur annoncée par une hématurie très abondante, responsable d'un état d'anémie aiguë. Elle se palpe au toucher vaginal sous la forme d'une infiltration en avant et en dehors du cul de sac vaginal gauche.

L'endoscopie difficile de par le saignement permet cependant une biopsie qui révèle : un épithélioma infiltrant de la vessie.

Les voies urinaires supérieures sont normales à l'U.I.V.

L'anémie est intense 2.700.000 globules rouges.

Le 1er avril 1952 (opérateur R. COUVELAIRE) hystéro-cystectomie totale, par voie mixte. Implantation urétéro-colique bilatérale type Coffey I.

Les suites immédiates sont simples mais en deux mois l'état général s'effondre, et la malade meurt le 13 juin, soit deux mois après l'intervention dans un tableau d'hyperthermie.

Obs. 27 - Monsieur B... César, âgé de 60 ans (dossier N° 1.698)

Cancer de vessie, récidive dégénérée d'un papillome vésical.

Prostato-cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

Papillomatose récidivante de la vessie initialement traitée par des électrocoagulations.

La récidive hémorragique de 1952 fait découvrir de nombreux foyers tumoraux disséminés dans toute la vessie, mais, trois foyers sont très volumineux : un trigonal flanqué d'un autre sur chaque face mordant sur le col.

L'urée sanguine est à 0,35 g 0/00.

Distension urétéro-pyélocalicielle droite à l'U.I.V.

Le 1er février 1952 (opérateur R. COUVELAIRE) cystectomie totale avec Coffey bilatéral.

Fistule uro-stercorale et sténose de l'abouchement urétéro-colique gauche dans les suites opératoires, immédiates.

Décès malgré un anus iliaque gauche et une réimplantation de l'uretère gauche.

Obs. 29 - Monsieur M... Pierre (N° 1.333) , 60 ans.

Epithélioma papillaire infiltrant toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

Traité par cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale, type Coffey.

Révélé par des hématuries et une cystite.

Perception au toucher rectal d'une masse ferme sans induration vraie au-dessus d'une prostate plate et molle.

Urée sanguine 0,39 g 0/00.

U.I.V. : distension des voies urinaires supérieures, bilatérale mais prédominant à gauche.

Cystoscopie : volumineuse prolifération végétante de la moitié gauche du trigone et de la face latérale gauche de la vessie.

N.F. : globules rouges : 3.750.000
globules blancs : 10.600

Une tentative de cystectomie trigonale se solde par une abondante fistule urinaire non tarie par la cystostomie.

Cystectomie totale et implantation urétéro-colique type Coffey le 12/9/1953 (opérateur E. MAGDER).

Neuf jours plus tard fistule uro-stercorale par lachage de l'anastomose uretère droit-côlon.

Décès malgré une réintervention cherchant à suturer la déhiscence colique.

Obs. 33 - Monsieur L... Eugène, âgé de 62 ans (dossier N° 1.049)

Epithélioma vésical de type malpighien, envahissant la musculeuse.

Traité par cystectomie totale et implantation urétéro-colique.

La tumeur est révélée par des hématuries et une pollakiurie. Aucune tumeur n'est cliniquement palpable.

L'urée sanguine est à 0,49 g 0/00.

U.I.V. : rein droit muet. La corne droite de la vessie est amputée sur le cystogramme de sécrétion.

Le 24/7/1953, (opérateur R. COUVELAIRE) prostato-cystectomie totale avec anastomose urétéro-colique du type Coffey I.

13 jours plus tard les sutures lâchent et l'opéré meurt 2 jours plus tard.

Obs. 46 - Monsieur B..., âgé de 72 ans (dossier 3.926 P)

Tumeur maligne infiltrant la musculeuse.

Développée sur la moitié gauche de la vessie en septembre 1954 cystectomie partielle avec radiumthérapie.

Dans les mois qui suivent la tumeur récidive.

Un traitement radiothérapique par de la radiothérapie conventionnelle n'empêche pas l'évolution de la récidive.

En octobre 1955 cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

Quatre ans plus tard une tumeur de tout l'urèthre impose une prostatectomie totale et l'éxérèse de tout l'urèthre antérieur y compris le pénis.

La survie n'est que de quelques mois et le malade meurt en avril 1960.

Obs. 47 - Monsieur S... Nicolas, âgé de 59 ans (dossier 2.392)

Epithélioma paramalpighien de la vessie envahissant toute la paroi vésicale.
Traité par cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

Le toucher rectal fait à l'occasion d'hématuries révélatrices retrouve la tumeur vésicale qui se dessine sur le cystogramme de sécrétion comme une lacune de la moitié gauche de la vessie.

Par contre, le haut appareil urinaire est normal et l'urée sanguine à 0,35 g 0/00.

Ce malade asthénique, cardiaque, ne supporte pas la cystectomie totale avec implantation urétéro-colique type Leadbetter faite le 22/7/1955 (opérateur R. COUVELAIRE).

Trois jours plus tard il meurt dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire

Obs. 48 - Monsieur R... Albert, âgé de 66 ans (dossier 2.174)

Epithélioma malpighien de la vessie infiltrant la musculeuse.
Traité par cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur révélée par une hématurie, non retrouvée au toucher rectal est retrouvée sur le cystogramme de sécrétion sous forme d'une lacune de la corne droite de la vessie.

L'urée sanguine est à 0,26 g 0/00,
et les voies urinaires supérieures se dessinent normales à l'U.I.V.

Après l'échec d'une cystectomie partielle faite le 7 janvier 1955, une récidive pousse à faire une cystectomie totale (opérateur : R. COUVELAIRE) avec implantation urétéro colique bilatérale.

Après des suites immédiates simples, le 14ème jour, brusquement l'opéré meurt.

Obs. 51 - Monsieur S... Albert, âgé de 65 ans (dossier N° 2.760)

Epithélioma paramalpighien vésical, envahissant la musculeuse sans envahissement néoplasique des ganglions prélevés.
Traité par prostato-cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur, annoncée par des hématuries et une dysurie, non retrouvée au toucher rectal, marque son empreinte sur l'U.I.V. : le rein gauche est muet, les cavités droites sont distendues.

L'urée sanguine : 0,45 g 0/00.

Le 13/12/1955 : cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale type Leadbetter.

Les suites marquées par une phlébite du membre inférieur gauche, et un petit abcès pariétal, sont finalement favorables.

L'opéré a été perdu de vue.

Obs. 60 - Monsieur C... Albert, âgé de 64 ans (dossier N° 3.463)

Epithélioma papillaire de la vessie, envahissant la musculeuse sans envahissement ganglionnaire.
Cystectomie totale. Implantation urétéro-colique bilatérale.

Il s'agit de tumeurs papillaires sessiles, trigonales à gauche de la ligne médiane et péricervicales. Elles se traduisent cliniquement par des hématuries mais ne retentissent pas sur le haut appareil urinaire. Les reins sont normaux à l'U.I.V. et l'urée sanguine est à 0,35 g 0/00.

Le 29/8/1956 (opérateur E. MAGDER)

Cystectomie totale. Curage ganglionnaire bilatéral.

Implantation urétéro-colique bilatérale.

Une fistule urinaire post-opératoire oblige à une réimplantation de l'uretère droit le 13/10.

Revu quatre ans plus tard en 1960, ce malade se sent parfaitement bien, évacue son rectum quatre fois par jour. Aucune miction anale la nuit.

L'urée sanguine est à 0,60 g 0/00. Réserve alcaline à 34 volumes Cl à 105 mEq, Na : 141 mEq, K : 4 mEq.

De temps à autre quelques douleurs épigastriques. Un discret amaigrissement mais aucun signe de récidive.

Obs. 62 - Monsieur B... Michel, âgé de 67 ans (dossier 4.819)

Enorme tumeur nécrotique envahissante de la vessie.

Le 26 Octobre 1956 (opérateur R. COUVELAIRE) cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale du type Coffey N°I.

Sept mois de survie confortable, mais une récidive néoplasique entraine la mort.

Obs. 74 - Monsieur D... Roger, âgé de 56 ans, (dossier N° 3.608)

Epithelioma papillaire végétant infiltrant la musculeuse.
Traité par cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale type Coffey N° I.

Volumineuse tumeur étendue sur la calotte et la paroi postérieure de la vessie envahissant le trigone. Mais pas de retentissement sur le haut appareil urinaire à l'U.I.V.

L'urée sanguine est à 0,25 g 0/00.

Le 5.2.1957 (opérateur A. MOULONGUET) cystectomie totale, ablation de la moitié supérieure de la prostate et implantation urétéro-colique bilatérale.

Décès treize jours plus tard dans un tableau d'occlusion.

Obs. 77 - Monsieur B... Louis, âgé de 57 ans (dossier N° 3.823)

Epithélioma pavimenteux de la vessie envahissant toute la paroi vésicale et les ganglions du petit bassin.
Traité par cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

Il s'agit d'une tumeur maligne de la vessie pluri-focale, sans retentissement sur le haut appareil urinaire. L'état général est conservé malgré un amaigrissement récent.

La numération sanguine est à 4.700.000 globules rouges.

Le 17 mai 1957 : cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE). L'énormité de l'adénopathie iliaque gauche oblige au sacrifice de

la veine iliaque. Implantation urétéro-colique bilatérale.

Décès en 48 heures. Il n'y a pas eu de vérification autopsique.

Obs. 85 - Madame G... Germaine, âgée de 65 ans (dossier 7.715 P)

Epithélioma papillaire à foyers multiples dont certains infiltrent la sous muqueuse et la musculeuse vésicales.
Traité par cystectomie totale et double implantation urétéro-colique dans le colon sigmoïde.

Il s'agit d'une tumeur qui remplit littéralement toute la vessie. La cystectomie totale est faite en conservant l'utérus et les annexes. L'intervention est faite en juillet 1958 (opérateur R. COUVELAIRE). Trois mois plus tard cette malade va très bien, sa continence est parfaite, réveillée deux fois la nuit pour des mictions anales. L'urée sanguine est normale et les deux appareils urinaires sont normaux à l'U.I.V.

A la fin de l'année 1960 des métastases multiples apparaissent et la malade meurt.

Obs. 88 - Madame G... Marie, âgée de 69 ans (dossier 5.796 P)

Carcinome différencié de la vessie. Intéressant plus de la moitié de la circonférence vésicale et gagnant le tissu cellulo-adipeux péri-vésical de même que les paramètres.
Traité par hystéro cystectomie totale et double implantation urétéro-colique type Leadbetter.

La tumeur est annoncée cliniquement par des hématuries et retrouvée au toucher vaginal sous forme d'une masse indurée mais mobile à gauche. Elle entraine la mutité urographique du rein gauche alors que le rein droit est normal. Sur les cystographies de sécrétion : une lacune de la moitié gauche de la vessie.

L'état général est bon avec une numération à 5.000.000 de globules rouges.

En novembre 1958 la malade est opérée (opérateur R. COUVELAIRE).

Les suites opératoires sont simples et une survie confortable de deux ans fut ainsi assurée.

Obs. 89 - Monsieur Van E... Arthur, âgé de 64 ans, (dossier N° 1.068)

Volumineux epithélioma de la vessie envahissant toute la musculeuse.

Traité par urétéro-sigmoïdostomie première, et cystectomie totale seconde.

Hématuries et cystite sont les signes révélateurs. Au toucher rectal une masse dure au-dessus de la prostate s'étendant vers la droite.

L'urée sanguine est à 0,50 g 0/00.

U.I.V. : rein droit muet, rein gauche normal. Grande lacune irrégulière à droite sur le cystogramme de sécrétion.

Etat d'anémie 3.680.000 globules rouges.

1er temps opératoire en avril 1948 (opérateur R. COUVELAIRE)

Implantation urétéro-colique bilatérale avec ligature des pédicules vasculaires prostato-génitaux. Néphrostomie droite.

Deuxième temps opératoire : le 4 Mai 1958 (opérateur R. COUVELAIRE) cystectomie totale.

Décès au 3ème jour par occlusion intestinale aiguë du grêle sur bride.

Obs. 91 - Monsieur T..., âgé de 63 ans (dossier 5.588)

Carcinome différencié de la vessie, discrètement épidermoïde, envahissant la paroi musculaire.

Traité par irradiation à haute énergie, puis cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

La pollakiurie et l'hématurie sont les signes révélateurs. La cystoscopie découvre la tumeur trigonale au-dessus de l'orifice urétéral gauche, en fait la biopsie.

L'urée sanguine est à 0,26 g 0/00 et le haut appareil urinaire normal à l'U.I.V.

En octobre 1958 : 5.500 R par Bétatron n'empêchent pas la tumeur première de persister. Une nouvelle localisation est apparue entre les deux orifices urétéraux.

Le 20/12/1958 (3 mois après l'irradiation) Prostato-cystecto-

mie totale avec implantation urétéro-colique type Coffey.

Deux éviscérations post-opératoires entrainent la mort.

Obs. 92 - Monsieur C... Raymond, âgé de 59 ans (dossier N° 6.075)

Volumineux carcinome différencié de la vessie envahissant toute la paroi.
Prostato cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur volumineuse occupe la moitié droite de la vessie. Elle n'est pas perçue au toucher rectal, mais se dessine bien sur la cystographie rétrograde. L'urée sanguine est à 0,30 g 0/00.

Le rein droit muet, l'autre normal.

Le 26/9/1958, prostato-cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

L'opéré quitte le service le 20ème jour. Perdu de vue.

Obs. 99 - Monsieur W... Henri, âgé de 66 ans, ouvrier dans une usine de colorants chimiques (dossier 1.662)

Amino-tumeur maligne infiltrant la paroi vésicale.
Traitée par urétérostomie cutanée droite puis cystectomie totale avec implantation urétéro-sigmoïdienne gauche.

Le 3/4/1959 (opérateur R. COUVELAIRE).

Il s'agissait d'une tumeur très adhérente rendant très malaisée la dissection du pédicule iliaque externe.

Une gangrène su membre inférieur droit se développe les jours suivants. Une amputation de cuisse ne parvient pas à empêcher l'évolution fatale.

Obs. 110 - Monsieur K... , âgé de 68 ans (dossier 5.938 P)

Volumineux réticulo- sarcome envahissant toute l'épaisseur de la paroi vésicale, le tissu cellulo-adipeux sous péritonéal et les ganglions péri-vésicaux.
Traité par prostato-cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur intéresse toute la vessie et déborde largement dans le tissu cellulo-adipeux péri-vésical.

Cliniquement sa malignité est évidente traduite par des hématuries, une cystite et une importante induration au toucher rectal. Elle retentit sur le haut appareil urinaire qu'elle dilate de façon bilatérale mais discrète.

En février 1959 (opérateur R. COUVELAIRE)
prostato-cystectomie totale avec double implantation urétéro-colique et curage ganglionnaire gauche.

Ce malade reçoit un complément de radiothérapie.

La survie n'est que de 14 mois et le malade meurt dans un tableau de récidives néoplasiques locales.

Obs. 111 - Monsieur C... Amédé, âgé de 76 ans (dossier 5.631 P)

Tumeur infiltrant la musculeuse. Développée sur la calotte vésicale.

L'urée sanguine est normale, aucun retentissement sur la voie urinaire supérieure.

La tumeur est énorme et l'intensité des troubles liés à la pyurie fait pratiquer en juin 1958 une implantation urétéro-colique bilatérale (dans le côlon sigmoïde). La reprise d'hématuries impose une cystectomie totale palliative en novembre 1959.

Les suites opératoires immédiates sont simples mais l'opéré mourra 4 mois plus tard.

Obs. 112 - Madame S... Germaine, âgé de 52 ans (dossier 6.071)

Volumineux carcinome anaplasique de la vessie infiltrant toute la paroi et s'étendant jusqu'à la graisse péri-vésicale.
Nombreuses embolies néoplasiques intra vasculaires.
Tumeur traitée par uréthro-cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur qui intéresse environ les 2/3 de la circonférence vésicale est révélée par une cystite et des hématuries, elle se palpe au T.R. sous forme d'une masse pelvienne gauche.

A l'U.I.V. les deux reins sont sains, mais il existe une grosse lacune vésicale sur la cystographie.

En juillet 1959 uréthro-cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE) avec implantation urétéro-colique bilatérale, l'utérus et les annexes étant gardés pour la péritonisation.

Les suites sont simples.

La survie n'est que de 5 mois.

Obs. 116 - Monsieur F... Maurice, âgé de 62 ans (dossier 5.994 P)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant toute l'épaisseur de la paroi vésicale et essaimant largement dans le tissu cellulo adipeux péri-vésical. Les embolies néoplasiques sont massives.
Traité par cystectomie totale et implantation urétéro-colique de l'uretère droit.
Néphrectomie gauche préalable pour pyonéphrose.

La tumeur développée sur l'angle supéro-gauche du trigone envahit l'uretère. Elle est responsable de la pyonéphrose gauche.

La cystectomie est faite en mai 1959 (opérateur R. COUVELAIRE). L'opéré fait une atélectasie pulmonaire massive et malgré une trachéotomie d'urgence le décès survient au 8ème jour post-opératoire.

Obs. 122 - Madame P... Gilberte

Carcinome anaplasique de la vessie.
Traité par cystectomie totale, hysterectomie totale, curage cellulo-ganglionnaire pelvien bilatéral.

Le 12/2/1960 (opérateur R. COUVELAIRE)

Implantation urétéro-colique bilatérale type Coffey N°I.

Décès au 8ème jour par collapsus cardio-vasculaire brutal.

Obs. 139 - Madame O..., âgée de 43 ans (dossier 4.640)P)

Le 19 mai 1960 découverte d'une tumeur trigonale, propagation au trigone d'un cancer de l'urèthre.

Une radiothérapie intense permet de détruire la tumeur mais il en résulte une cystite radique terrible un an après l'irradiation. L'intensité des douleurs vésicales et de la pollakiurie impose une cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale. Fistule uro-stercorale et décès 3 semaines après l'intervention.

TUMEURS MALIGNES "EN SURFACE"

Obs. 6 - Monsieur B... Fernand, âgé de 60 ans, (dossier N° 1.396)

Epithélioma paramalpighien de la vessie n'envahissant que la sous muqueuse.

Traité par cystectomie totale avec implantation urétéro-colique.

Tumeur annoncée par des hématuries, une cystite et des lombalgies gauches, retrouvée au toucher rectal et par la palpation de l'abdomen.

L'urée sanguine est à 0,50 g 0/00.

A l'U.I.V. les voies urinaires supérieures droites sont normales, très faible sécrétion retardée à gauche.

En endoscopie : une tumeur trigonale gauche, masquant l'orifice urétéral. Des bourgeons multiples sur le trigone et la face latérale gauche de la vessie.

L'état général est bon avec une numération globulaire rouge à 3.660.000.

Le 29/10/1948 cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE). Implantation urétéro-colique bilatérale directe pour le gros uretère gauche à la façon d'un Coffey N°I pour l'uretère droit.

Les suites immédiates sont simples.

Revu un an plus tard, cet opéré est dans un état cachectique, souffrant terriblement au point d'être assujetti à la morphine.

Mais les reins fonctionnent bien. L'urée sanguine est à 0,20 g

et les voies urinaires supérieures se dessinent normales à l'U.I.V. tant à gauche qu'à droite.

Placé dans un centre de cancéreux chroniques le malade est perdu de vue.

Obs. 17 - Monsieur N... Jules, âgé de 63 ans, (dossier N° 2.756)

Epithelioma malpighien de la vessie infiltrant la sous muqueuse, sans envahissement ganglionnaire.
Traité par cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

Le malade consulte pour une pollakiurie, des brûlures à la miction, mais les urines sont claires.

Au toucher rectal une tumeur sus-prostatique. L'urée sanguine est à 0,35 g 0/00.

Le haut appareil urinaire normal à l'U.I.V.

En cystoscopie une énorme masse trigonale.

Le 21/8/1951, cystectomie totale avec section trans-prostatique et curage ganglionnaire iliaque bilatéral. Implantation urétéro-colique bilatérale type Coffey N°I.
Hémiplégie gauche post-opératoire et décès.

Obs. 34 -Madame F... Marie-Louise, âgée de 63 ans (dossier N° 837)

Papillomatose diffuse de la vessie, dégénérée, envahissant la sous muqueuse.
Traitée par cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale de type Coffey à droite et Leadbetter à gauche.

Tumeur révélée par une hématurie avec cystite. Au toucher vaginal une infiltration de la partie gauche de la cloison vésico-vaginale

L'urée sanguine : 0,40 g 0/00.

U.I.V. : voie urinaire supérieure droite normale, retard de sécrétion et dilatation pyélocalicielle à gauche. Importante lacune de la corne vésicale gauche sur le cystogramme de sécrétion.

Cystoscopie . nombreuses masses framboisées sur toute la vessie.

L'état général est bon. Numération globulaire sanguine rouges : 4.000.000, blancs : 4.600.

Le 20 Avril 1953 : (opérateur R. COUVELAIRE)

- cystectomie totale et urétéro-sigmoïdostomie bilatérale type Coffey I à droite, type Leadbetter à gauche.

Le 3ème jour : décès dans un tableau de collapsus.

Obs. 38 - Monsieur C... Auguste, 56 ans, employé de bureau. (dossier N° 1.622)

Epithélioma papillaire vésical envahissant la sous-muqueuse, n'atteignant pas la musculeuse.

Traité par prostato-cystectomie totale et implantation urétéro-colique type Coffey I.

Tumeur de vessie révélée par une cystite. Les urines sont troubles mais l'examen clinique est normal. L'urée sanguine : 0,25 g 0/00.

U.I.V. : les voies urinaires supérieures sont normales.

Cystoscopie : tumeur trigonale juxta urétérale gauche.

L'état général est bon ; N.F. : globules rouges : 4.680.000, globules blancs 3.600.

Le 23/4/1954 prostato-cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE). Implantation urétéro-colique bilatérale sur sondes.

Vingt trois jours plus tard, des hémorragies digestives basses emportent l'opéré.

A l'autopsie de nombreuses exulcérations sur le côlon sigmoïde.

Obs. 55 - Monsieur D... Charles, âgé de 77 ans (dossier 3.696)

Epithélioma papillaire de la vessie envahissant la sous-muqueuse.

Traité par prostato-cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

Tumeur infiltrant la face latérale droite de la vessie, le col et s'accompagnant de petites greffes tumorales multiples. Le rein droit est muet, le rein gauche très distendu.

L'urée sanguine à 0,35 g 0/00.

Le 8/5/1956 (opérateur R. COUVELAIRE) prostato-cystectomie

totale avec double implantation urétéro-colique.

Décès par occlusion du grêle autour d'un foyer suppuré au contact des anastomoses urétéro-coliques.

Obs. 86 - Monsieur C... âgé de 72 ans (dossier 5.879)

Carcinome anaplasique de la vessie sans grand envahissement de la musculeuse. Sans métastase ganglionnaire.
Traité par prostato-cystectomie totale et implantation urétéro-colique bilatérale.

Cette tumeur maligne est une récidive de cystectomie partielle. Récidive massive envahissant toute la vessie, très douloureuse.

L'intervention est faite le 12 décembre 1958 (opérateur : R. COUVELAIRE) Les suites opératoires sont satisfaisantes localement, mais l'opéré fait régulièrement des poussées infectieuses avec lombalgies et finit par mourir à la fin du mois de juillet 1959 c'est-à-dire 7 mois 1/2 après l'intervention.

Décès dans un tableau de récidives néoplasiques bloquant tout le petit bassin.

Obs. 142 - Mme R... Simone, âgée de 57 ans (dossier N° 9.892)

Epithélioma papillaire de la vessie envahissant la sous muqueuse venant au contact de la musculeuse qui n'est pas envahie.
Traitée par télécobalt-thérapie puis pelvectomie antérieure avec implantation urétéro-colique.

Les 46 séances de télécobalt sont entreprises de mai à juillet 1961 pour des polypes vésicaux récidivant depuis 3 ans. Quatre mois plus tard nouvelle récidive diffuse. Aucun retentissement sur le haut appareil urinaire à l'U.I.V.

L'urée sanguine est à 0,48 g 0/00.

Mais les hémorragies sont telles que l'anémie est intense et la numération globulaire rouge à 1.700.000. Transfusion puis

Pelvectomie antérieure avec implantation urétéro-colique bilatérale type Coffey N° I. Le 12/12/1961 (opérateur E. MAGDER).

Embolie pulmonaire massive mortelle, vérifiée par autopsie.

TUMEURS BENIGNES

Obs. 9 - Monsieur M... Olivier, âgé de 59 ans (dossier N° 1.689)

Papillomatose récidivante de la vessie.

Traitée par prostato-cystectomie totale avec implantation urétéro-sigmoïdienne bilatérale.

Pendant cinq années, des papillomes récidivent sur la vessie de ce malade malgré des électrocoagulations, des résections, une résection à vessie ouverte et de la radiothérapie.

Le caractère diffus de la récidive amène à décider une cystectomie totale en 1949.

L'urée sanguine est à 0,47 g 0/00.

L'U.I.V. normale.

L'état général est mauvais, marqué par une anémie à 3.700.000 globules rouges, et une insuffisance respiratoire chronique.

Le 7/6/1949 : cystectomie totale avec implantation urétéro-sigmoïdienne bilatérale type Coffey N°I (opérateur R. COUVELAIRE)

Décès quelques jours plus tard dans un état occlusif.

Obs. 35 - Monsieur B... Eugène, âgé de 60 ans, jardinier.
(dossier N° 296)

Papillomatose diffuse de la vessie sans envahissement de la sous-muqueuse ni de la musculeuse.

Traitée sans succès par coagulation endoscopique.

Puis résections multiples à vessie ouverte et radium-thérapie, enfin par cystectomie totale et implantation urétéro-colique typ Leadbetter.

Tumeur révélée par des hématuries, et récidivante malgré tous le traitements conservateurs.

Le 23/10/1953 cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE). Implantation urétéro-colique bilatérale.

Les suites sont remarquablement simples au début. L'opéré quitte le service au bout de 3 semaines. Une petite fistule hypogastrique cè à la sonde rectale à demeure.

Trois mois plus tard l'état fonctionnel est excellent. La continence diurne peut aller jusqu'à huit heures (ce qui est certainement, nous le savons maintenant, une performance nuisible). L'urée sanguine est à 0,25 g 0/00.

Neuf mois après l'opération, pour une raison non précisée, le malade meurt brusquement.

Obs. 96 - Madame S... Medelka, âgée de 57 ans (dossier N° 6.547)

Papillomatose diffuse de la vessie histologiquement "bénigne".

Traitée par cystectomie totale et implantation urétéro-colique.

Des hématuries et une cystite marquent le début de la maladie. A l'examen clinique un gros rein gauche.

Urée sanguine : 0,49 g 0/00.

U.I.V. : les voies urinaires supérieures droites sont normales ; à gauche énorme dilatation urétéro-pyélocalicielle en amont d'une lacune de la corne vésicale gauche.

Le 12 Février 1959 (opérateur R. COUVELAIRE) cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale.

Un mois plus tard, un syndrome hémorragique, digestif et urinaire emporte l'opéré dans un tableau d'anémie aiguë.

Obs 125 - Monsieur D... Albert, âgé de 63 ans, (dossier N° 2.029)

Tumeurs papillaires multiples de la vessie.

Cystectomie totale avec implantation urétéro-colique bilatérale en mars 1950.

Décès par collapsus brutal dès le retour de l'opéré dans son lit.

Obs. 128 - Madame L... Henriette, âgée de 65 ans (dossier N° 7.832)

Volumineuse tumeur de vessie histologiquement bénigne.

Cystectomie totale. Implantation urétéro-colique bilatérale.

La tumeur qui occupe les 3/4 droits de la vessie est révélée par des hématuries, ne retentit pas sur le haut appareil urinaire (urée sanguine : 0,45 g 0/00 et U.I.V. normale) ; mais ampute toute la moitié droite de la vessie.

Le 17/2/1960 (opérateur E. MAGDER)

Cystectomie totale. Implantation urétéro-colique bilatérale.

Malheureusement une fistule stercorale se fait jour une semaine après l'opération. Et l'opéré meurt dans un tableau infectieux sévère (parotidite et hématémèses).

CYSTECTOMIE TOTALE AVEC IMPLANTATION URETERO-COLIQUE UNILATERALE ET NEPHRO-URETERECTOMIE DANS LE MEME TEMPS OPERATOIRE

Obs. 115 - Monsieur M... Louis, âgé de 64 ans (dossier 6.084 P)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant presque toute l'épaisseur de la musculature vésicale.

Traité par prostato-cystectomie totale et néphrectomie droite dans le même temps opératoire.

Implantation urétéro-colique gauche.

La tumeur est révélée par une hématurie massive. Elle est perceptible au T.R., entraine la mutité du rein droit et la distension de l'uretère terminal gauche. La moitié droite de la vessie est amputée sur la cystographie de sécrétion.

Au mois de décembre 1959 (opérateur R. COUVELAIRE) :

Prostato-cystectomie totale, curage ganglionnaire iliaque externe droit, comme l'uretère droit contient du sang il est pratiqué d'emblée par l'incision une néphro-urétérectomie totale. Implantation urétéro-colique gauche sur sonde.

Les suites opératoires sont simples mais quelques mois plus tard, l'opéré se met à souffrir. Algies nécessitant des injections répétées de morphine, et dans un tableau de récidive avec envahissement de tout le petit bassin, l'opéré meurt en avril 19[illegible] soit 5 mois après l'intervention.

CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR IMPLANTATION COLIQUE D'UN COTE ET URETEROSTOMIE CUTANEE DE L'AUTRE

TUMEURS LARGEMENT INFILTRANTES

Obs. 10 - Monsieur S... Jean, âgé de 56 ans, employé à FRANCOLOR (dossier 1.580)

Aminotumeur infiltrante de la vessie.

Traitée par cystectomie totale avec urétérostomie cutanée à gauche et implantation urétéro-sigmoïdienne à droite.

Récidive tumorale après trois années de traitements conservateurs comportant des séances au moins annuelles d'électrocoagulation endoscopiques; et 36 séances de radiothérapie.

Ainsi au bout de trois ans il est porteur d'une tumeur perçue au toucher rectal à gauche au-dessus de la prostate.

L'urée sanguine est à 0,24 g 0/00.

A l'U.I.V. : le rein gauche est muet, les voies urinaires supérieures droites sont normales.

En endoscopie : volumineuse tumeur trigonale surtout développée à gauche.

L'état général est bon avec une numération globulaire rouge à 4.000.000.

Le 1er avril 1949 cystectomie totale.
(opérateur : R. COUVELAIRE) Implantation à la peau de l'uretère gauche dilaté qui contient du pus. Coffey N°I sur l'uretère droit.

Eviscération 6 jours plus tard. Réfection de la paroi.

Décès le 8 avril.

Obs. 44 - Monsieur M... âgé de 75 ans (dossier 3.647 P)

Enorme tumeur vésicale bloquant le petit bassin, entrainant la mutité urographique du rein droit avec une urée sanguine à 0,76 g pour 1.000
1er temps thérapeutique : radiumthérapie par 15 aiguilles de radium intra et extra-vésicales sous couvert d'une urétérostomie cutanée droite et d'une implantation urétéro-colique gauche
Un mois plus tard l'absence de sécrétion du rein droit fait faire une néphrectomie droite.
En Mars 1954 quatre mois après le traitement initial,
Deuxième temps thérapeutique, cystectomie totale palliative.
Cet opéré a survécu 7 mois.

Obs. 113 - Madame R... Suzanne âgée de 61 ans (dossier 6.072)

Volumineux sarcome de la vessie vraisemblablement leiomyo-sarcome intéressant toute l'épaisseur de la paroi vésicale mais sans envahissement lymphatique.
Traité par pelvectomie antérieure
Urétérostomie cutanée droite et implantation urétéro-colique gauche.

La tumeur volumineuse révélée par une pollakiurie, des hématuries ampute la moitié droite de la vessie sur les cystographies et entraine la mutité du rein droit. Cette tumeur se palpe cliniquement mais est encore mobile.

En juin 1959 pelvectomie antérieure avec implantation urétéro-colique gauche et mise à la peau dd l'uretère droit qui est gros, tendu et rempli de pus.

Les suites opératoires sont simples mais la malade ne tarde pas à décéder dans un tableau de métastases en septembre 1959 donc avec une survie de 5 mois.

TUMEURS MALIGNES EN "SURFACE"

Obs. 1 - Monsieur C... Auguste, âgé de 66 ans (dossier 1.118)

Epithélioma papillaire végétant envahissant la sous muqueuse.

Traité par cystectomie totale après échec de cystectomie partielle. Urétérostomie cutanée droite.

Implantation urétéro-sigmoïdienne gauche.

Polypes vésicaux récidivant depuis dix sept ans, obligeant à des résections endoscopiques, une résection à vessie ouverte et une cystectomie partielle en 1948.

Une récidive plurifocale l'année suivante amène à faire :

le 17/6/1949 : une cystectomie totale.
L'uretère droit purulent est mis à la peau. L'uretère gauche implanté dans le sigmoïde.

Les suites sont mauvaises. Parotidite, sous maxillite précèdent de peu la mort dans un tableau de déshydratation.

CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR URETEROSTOMIE CUTANEE TRANSILEALE

TUMEURS LARGEMENT INFILTRANTES

Obs. 106 - Monsieur F..., âgé de 68 ans (dossier N° 6.139)

Carcinome anaplasique envahissant toute la paroi vésicale et le tissu cellulaire sous péritonéal.
Traité par télécobalt sous dérivation (urétérostomie cutanée transiléale). Puis cystectomie totale.

Monsieur F..., souffre depuis deux ans de cystite et d'hématuries intermittentes. Il fut soigné à Laon, à Paris et en Allemagne par des antibiotiques, des fulgurations et des cytostatiques. Il est adressé au professeur R. COUVELAIRE le 7 juillet 1959 pour des douleurs terribles avec insomnie, pollakiurie frisant l'incontinence ; l'état général est altéré et l'urée sanguine à 2,80 g 0/00.

A l'examen, le palper combiné au toucher rectal trouve une masse vésicale indurée surtout développée à droite.

Equilibration biologique pendant dix jours (Dr M. RAPIN).

De nombreuses urographies existent. La dernière, qui date de deux mois, montre une énorme distension urétéro-rénale gauche et un rein droit muet.

Première opération, le 17 juillet 1959 (Professeur R. COUVELAIRE) incision transversale transpéritonéale, ouverture de la vessie, abrasion au bistouri électrique d'énormes masses végétantes. On laisse en place la partie indurée. Fermeture de la vessie sur sonde. Coupe de deux uretères gros comme l'intestin grêle, implantés en termino-terminale dans un greffon iléal descendu jusqu'au fond du Douglas et fixé là. L'autre extrémité du greffon est abouchée à la peau de la fosse iliaque droite.

Suites opératoires simples et apyrétiques. Le 25 juillet 1959 urée à 0,82 g, l'état général s'est considérablement amélioré et le malade ne souffre plus.

Le 12 août 1959, l'urée sanguine à 0,40, mais la concentration uréique du rein droit est nulle et sa diurèse inférieure à 100 g. la concentration uréique du rein gauche est de 9,1 p. 100.

Le 15 août 1959, le malade est confié au Dr Pierquin. Télécobalthérapie. Le 15 septembre 1959, 3.000 R sont atteints.

Le 23 septembre 1959, deuxième opération (Professeur R.COUVELAIRE) prostato-cystectomie totale.

Suites très simples, la malade sort le 25/10/1959.

Examen histologique : le 28/9/1959 (Professeur Agrégé NEZELOF) : "Malgré la télécobaltothérapie, il est possible de reconnaitre aisément une tumeur possédant les traits d'un carcinome indifférencié. Cette tumeur a évidemment beaucoup souffert de l'irradiation ainsi qu'en témoignent le volume des cellules, le très grand nombre d'anomalies nucléaires et la présence de territoires de nécrose. Cependant là où elle demeure, elle envahit toute l'épaisseur de la paroi vésicale et donne naissance aussi bien au sein même de cette tumeur que dans le tissu adipeux sous-péritonéal à de nombreuses embolies vasculaires. Il est difficile de juger morphologiquement de l'évolutivité de la tumeur. Il semble cependant, à voir l'importance des remaniements nucléaires, que celle-ci ait été très durement touchée, et qu'elle ait perdu la plus grande partie de son évolutivité.

En conclusion : persistance de masses néoplasiques morphologiquement très altérées, appartenant à un carcinome indifférencié de la vessie préalablement irradié au cobalt".

En novembre 1959, le malade est revu en bon état général. A l'urographie, le résultat est remarquable : le rein gauche est pratiquement normal et le rein droit, autrefois muet, secrète à nouveau.

Obs. 137 - Monsieur André J..., âgé de 50 ans (dossier P)

Cancer de vessie.

Cystectomie totale. Implantation urétéro-colique bilatérale.

Puis urétérostomie cutanée transiléale.

A subi hors de France une prostato-cystectomie totale avec double implantation urétéro-colique pour cancer vésical. Six mois plus tard, pyonéphrose gauche : néphrectomie gauche. Un an après cette néphrectomie, hyperazotémie pour laquelle il consulte un néphrologue parisien.

Urée : 1,57 g. Acidose hyperchlorémique.

Après deux semaines de sonde rectale et de rééquilibration ionique, azotémie : 0,75.

Le Professeur R. COUVELAIRE consulté conseille de réimplanter l'uretère du rein droit dans un greffon iléal court abouché à la peau.

Opération le 6 mai 1960 (Pr R. COUVELAIRE)

Médiane sous-ombilicale trans-péritonéale. L'uretère droit légèrement distendu est sectionné au ras du côlon pelvien et abouché dans un greffon iléal de 12 cm. Contre-incision droite pour l'iléostomie.

Suites opératoires simples.

Le 10 septembre 1960, urée sanguine : 0,60. Réserve alcaline : 55 volumes. Bon état général.

Obs. 144 - Monsieur B... Pierre, âgé de 54 ans (dossier N° 2.434)

Carcinome épidermoïde de la vessie envahissant toute la paroi vésicale et les ganglions lymphatiques du petit bassin.
Traité par cytostatiques, puis cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transiléale.

De 1952 à 1957 polypes récidivants de la vessie traités par résection endoscopique et une cystectomie partielle le 26/6/1957 (opérateur J. AUVERT).

Quatre ans plus tard récidive hémorragique d'une tumeur très étendue. Traitement par "Endoxan" 400 mg, pendant quatre jours puis 200 mg les 36 jours suivants.

Le 5/7/1961 : cystectomie totale et urétérostomie cutanée transiléale à la Bricker.

Les suites opératoires sont simples mais quatre mois plus tard, une récidive massive entraine des névralgies obturatrices intenses au point de nécessiter un traitement palliatif neuro-chirurgical.

Obs. 146 - Monsieur C... Armand, âgé de 67 ans (dossier N° 9.133)

Carcinome vésical polymorphe tantôt différencié tantôt anaplasique, envahissant massivement la paroi musculaire.
Traité par urétérostomie cutanée transiléale et cystectomie seconde.

En 1957, dans un autre Service, 30 séances de télécobalt pour tumeur vésicale de nature indéterminée.

Trois ans plus tard récidive hémorragique d'une tumeur dont l'histologie montre la nature carcinomateuse. Elle retentit peu sur le haut appareil urinaire : stase de l'uretère pelvien droit et l'urée sanguine est à 0,26 g °/$_{oo}$.

Avril 1961 : urétérostomie cutanée transiléale type Bricker. Les suites en sont simples dans l'immédiat une poche collée tenant parfaitement huit jours.

Mais un écoulement permanent de sang et de pus par l'urètre impose :

le 8 juin 1961 : une cystectomie totale.

En fait il existe déjà une tumeur urétrale qui continue à saigner ne tarde pas à effondrer le rectum. Et un anus iliaque gauche n'empêche pas l'évolution fatale à court terme.

Urée : 1,57 g. Acidose hyperchlorémique.

Après deux semaines de sonde rectale et de rééquilibration ionique, azotémie : 0,75.

Le Professeur R. COUVELAIRE consulté conseille de réimplanter l'uretère du rein droit dans un greffon iléal court abouché à la peau.

Opération le 6 mai 1960 (Pr R. COUVELAIRE)

Médiane sous-ombilicale trans-péritonéale. L'uretère droit légèrement distendu est sectionné au ras du côlon pelvien et abouché dans un greffon iléal de 12 cm. Contre-incision droite pour l'iléostomie.

Suites opératoires simples.

Le 10 septembre 1960, urée sanguine : 0,60. Réserve alcaline : 55 volumes. Bon état général.

Obs. 144 - Monsieur B... Pierre, âgé de 54 ans (dossier N° 2.434)

Carcinome épidermoïde de la vessie envahissant toute la paroi vésicale et les ganglions lymphatiques du petit bassin.
Traité par cytostatiques, puis cystectomie totale avec urétérostomie cutanée transiléale.

De 1952 à 1957 polypes récidivants de la vessie traités par résection endoscopique et une cystectomie partielle le 26/6/1957 (opérateur J. AUVERT).

Quatre ans plus tard récidive hémorragique d'une tumeur très étendue. Traitement par "Endoxan" 400 mg, pendant quatre jours puis 200 mg les 36 jours suivants.

Le 5/7/1961 : cystectomie totale et urétérostomie cutanée transiléale à la Bricker.

Les suites opératoires sont simples mais quatre mois plus tard, une récidive massive entraine des névralgies obturatrices intenses au point de nécessiter un traitement palliatif neuro-chirurgical.

Obs. 146 - Monsieur C... Armand, âgé de 67 ans (dossier N° 9.133)

Carcinome vésical polymorphe tantôt différencié tantôt anaplasique, envahissant massivement la paroi musculaire.
Traité par urétérostomie cutanée transiléale et cystectomie seconde.

En 1957, dans un autre Service, 30 séances de télécobalt pour tumeur vésicale de nature indéterminée.

Trois ans plus tard récidive hémorragique d'une tumeur dont l'histologie montre la nature carcinomateuse. Elle retentit peu sur le haut appareil urinaire : stase de l'uretère pelvien droit et l'urée sanguine est à 0,26 g $^{o}/_{oo}$.

Avril 1961 : urétérostomie cutanée transiléale type Bricker. Les suites en sont simples dans l'immédiat une poche collée tenant parfaitement huit jours.

Mais un écoulement permanent de sang et de pus par l'urètre impose :

le 8 juin 1961 : une cystectomie totale.

En fait il existe déjà une tumeur urétrale qui continue à saigner ne tarde pas à effondrer le rectum. Et un anus iliaque gauche n'empêche pas l'évolution fatale à court terme.

TUMEURS BENIGNES

Obs. 82 - Madame D..., âgée de 65 ans (dossier 5.691)

Tumeur papillaire disséminée à toute la vessie.

Récidive après une longue période de traitements endoscopiques.

Traitée en deux temps : premier temps urétérostomie transiléale en juin 1958.

Cystectomie totale 3 semaines plus tard.

Actuellement en vie.

VESSIES RECTALES

TUMEUR LARGEMENT INFILTRANTE

Obs. 79 - Madame C... Reine, âgée de 62 ans (dossier N° 3.754)

Epithélioma paramalpighien infiltrant la musculeuse.

Traité par cystectomie totale, vessie rectale et colostomie gauche en amont.

Volumineuse tumeur de la moitié gauche de la vessie avec un rein gauche muet.

Echec d'une cystectomie partielle.

Cystectomie totale le 12/2/1957 (opérateur R. COUVELAIRE).

L'infiltration pelvienne est fantastique obligeant à réséquer avec la vessie une anse grêle et de couper le sigmoïde avec colostomie gauche définitive.

Le bout recto-sigmoïdien sous jacent est utilisé comme vessie.

Deux mois plus tard 2.800 R d'irradiation à haute énergie par télécobalt entrainent de nombreuses fistules.

Un état cachectique s'installe et l'opéré meurt en juillet, 5 mois après l'opération.

CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR ILEO-PLASTIE

TUMEURS LARGEMENT INFILTRANTES

Obs. 16 - Monsieur A... Maurice, âgé de 45 ans (dossier 2.725)

Epithélioma paramalpighien de la vessie envahissant la musculeuse sans envahissement ganglionnaire.

Traité par cystectomie totale et iléo-cystoplastie immédiate.

Une hématurie ouvre la scène clinique. Le toucher rectal découvre une petite masse sus-prostatique. Sur le cystogramme de sécrétion une image lacunaire irrégulière de la partie droite de la vessie.

L'urée sanguine est à 0,30 g 0/00.

U.I.V. : une petite stase urétérale droite. En cystoscopie une importante tumeur trigonale juxta-orificielle droite et de nombreuses petites formations tumorales sur le reste de la vessie.

De nombreuses transfusions sont nécessaires pour remonter une anémie qui au départ se chiffre à 1.500.000 globules rouges.

Le 3/10/1950 cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE) iléoplastie immédiate. Le greffon recueille les deux uretères en trompe, est fermé en bas et fixé à la tranche prostatique ; laissé ouvert en haut abouché à la peau. 28 jours plus tard trocardisation du greffon, et quarante jours après, fermeture de l'iléostomie urinaire.

Pendant les dix mois qui suivent la continence diurne, sans pince à verge est de une heure et demi, délai au terme duquel survient une miction spontanée sans que le besoin d'uriner ait été ressenti. La nuit, incontinence totale. A l'U.I.V. la sécrétion bilaté-

rale est satisfaisante, mais les deux uretères sont dilatés.

Mais, à partir du mois d'Octobre 1951, vont survenir toute une série d'ennuis :

- trois fistules hypogastriques cédant bien à la sonde urétrale à demeure
- une altération progressive du rein gauche qui finit par devenir muet 15 mois après la cystectomie totale
- enfin des poussées infectieuses de la néovessie.

Malgré ces incidents sévères, pendant cinq années et demi cet opéré a bénéficié de mictions diurnes normales, lui permettant de conserver une activité normale, sans aucune altération hydro-électrique.

Finalement le malade meurt dans un tableau de carcinose-pelvipéritonéale. Rein et uretère droits se révélaient parfaitement normaux à l'autopsie.

Obs. 25 - Monsieur H... André, âgé de 56 ans (dossier 675)

Epithélioma papillaire vésical infiltrant la musculeuse. Radiumthérapie sur vessie exclue par urétérostomie cutanée.

Cystectomie totale seconde avec iléo-plastie dans le même temps opératoire.

La tumeur volumineuse est perçue au toucher rectal.

L'urée sanguine à 0,38 g 0/00.

Le rein gauche est muet.

1er temps : 18 aiguilles de radium intra et extra-vésicales sous couvert d'une urétérostomie cutanée bilatérale.

Dans le même temps opératoire : biopsie de toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Ligature des deux artères hypogastriques (le 16/12/1952, opérateur R. COUVELAIRE)

Deuxième temps : un mois plus tard néphrectomie gauche

Troisième temps : cystectomie totale. Iléocystoplastie avec abouchement du bout supérieur du greffon à la peau.

L'opéré quitte le service le 33ème jour.

L'étude histologique minutieuse de la pièce d'exérèse n'a pu retrouver trace de tumeur.

Malheureusement le malade a été perdu de vue.

Obs. 38 -Monsieur C... Jean Marie âgé de 62 ans (dossier N° 1.161)

Epithélioma papillaire de la vessie envahissant partiellement la musculeuse.

Traité par cystectomie totale et iléo-plastie immédiate.

Tumeur révélée par des hématuries et une cystite, non perçue à l'examen clinique.

L'urée sanguine est à 0,30 g 0/00.

U.I.V. : distension des voies urinaires supérieures droites.

Sur la cystographie de sécrétion : lacune de la partie inférieure et droite de la vessie.

Cystoscopie : volumineuse tumeur trigonale, largement implantée, masquant l'orifice urétéral droit.

Le 12/10/1954 : cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE). Vessie de substitution en iléon fixée en bas à l'apex prostatique, abouchée en haut à la peau, et recevant les deux uretères.

Lachage de la suture iléo-prostatique et décès 3 semaines plus tard le 3/11/1954.

Obs. 39 - Monsieur B... Louis, âgé de 61 ans (dossier 1.917)

Epithélioma papillaire de la vessie infiltrant très largement la musculeuse et la séreuse.

Traité par prostato-cystectomie totale et iléo-cystoplastie immédiate.

Des hématuries avec cystite ouvrent la scène clinique. La moitié gauche de la vessie est amputée sur le cystogramme de sécrétion.

L'urée sanguine est à 0,25 g 0/00.

Le rein gauche est muet et le droit se dessine normal sur l'U.I.V.

Des transfusions normalisent la numération globulaire avant l'intervention.

Le 5/11/1954. Cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE).

Conservation de l'apex prostatique. Iléo-plastie recevant en termino-terminale les deux uretères et abouchée à l'urètre en latéro-terminale.

Décès sept jours plus tard par occlusion du grêle par bride associée à une cellulite pelvienne suppurée.

Obs. 43 - Monsieur O..., âgé de 61 ans (dossier P. 3.664)

Epithélioma papillaire envahissant la musculeuse vésicale.

Cystectomie totale. Iléc-plastie immédiate

Se plaint de cystite et d'hématuries récidivantes depuis deux ans.

Le 11 janvier 1954 consulte le professeur R. COUVELAIRE.

Examen : T.R. : adénome prostatique infiltration sus-prostatique droite, urines troubles, urée 0,35.

U.I.V. : rein droit muet, rein gauche normal ;

Urétro-cystoscopie : tumeur latérale droite exophytique masquant l'O.U.D.

Opération le 10 février 1954 (Prof. R. COUVELAIRE)

Laparotomie médiane. Extrapéritonisation vésicale, infiltration vésicale droite, cystectomie totale et ablation d'une adénopathie rétro-crurale droite.

Uretère gauche normal, uretère droit dilaté.

L'apex prostatique est conservé. Remplacement de la vessie par un greffon iléal en V de 25 cm environ, dans lequel sont implantés les deux uretères. Anastomose prostato- iléale en un plan.

Histologie : épithélioma papillaire infiltrant la musculeuse vésicale.

Suites opératoires simples ; il sort le 14 mars 1954 en bon état général, avec une continence de 3 h 1/2, sans perte des urines entre les mictions, mais les mictions sont longues et le malade doit pousser pour uriner il ressent le besoin d'uriner (soit sensation identique à la précédente, soit colique abdominale). Il est incontinent la nuit.

Revu en 1956, soit deux ans après l'intervention, son état général est excellent, son U.I.V. normale (le rein droit a retrouvé sa valeur). 1959 : malade toujours en vie.

Obs. 53 - Monsieur L... Robert, âgé de 58 ans (dossier N° 2.384)

Epithélioma vésical infiltrant la paroi vésicale.

Traité par cystectomie totale et dans le même temps opératoire iléoplastie.

Le malade est vu 18 mois après le début de la maladie marquée par une hématurie. La tumeur est perçue par le toucher rectal. L'urée sanguine est à 0,29 g 0/00.

U.I.V. : distension urétéro-pyélocalicielle droite. Le haut appareil urinaire gauche est normal.

En endoscopie deux tumeurs : l'une sur le calotte, l'autre trigonale près du col.

Quelques transfusions normalisent la numération globulaire sanguine avant :

- la cystectomie totale le 31/5/1955 (opérateur R. COUVELAIRE). Iléo - plastie implantée en terminale sur l'apex prostatique, recueillant en termino-latérale les deux uretères, et temporairement abouchée à la peau.

Fermeture de l'iléostomie urinaire un mois plus tard.

La survie fut de 15 mois dans un état tout à fait confortable. La cause du décès est inconnue.

Obs. 61 - Monsieur A. C..., âgé de 48 ans (dossier P 4.462)

Epithélioma paramalpighien envahissant la musculeuse.

Echec d'une cystectomie partielle. Urétérostomie cutanée bilatérale couvrant une télécobaltothérapie.

Enfin cystectomie totale avec iléoplastie.

Monsieur C..., consulte le Professeur R. COUVELAIRE le 16 décembre 1955, pour cystite persistante depuis juillet de la même année.

U.I.V. : normale ; cystoscopie : gros col surélevé et deux orifices diverticulaires au-dessus et au-dehors des orifices urétéraux. Résection endoscopique du col. Suites fébriles.

Le 1er décembre 1955, lors de sa première consultation, le professeur R. COUVELAIRE a noté une discrète infiltration latéro-vésicale droite.

U.I.V. : bons reins, uretères normaux ; "manque" vésical droit, deux petits diverticules droit et gauche.

Uréthrocystoscopie : infiltration cervico-vésicale droite tumorale (bourgeons plats).

Première opération (Professeur R. COUVELAIRE) : laparotomie sous-ombilicale ; extra-péritonisation vésicale ; exérèse de trois

ganglions sur la veine iliaque externe , taille - biopsie extemporanée épithélioma paramalpighien envahissant la musculeuse , ganglions inflammatoires. Hémicystectomie droite avec réimplantation de l'uretère droit. Radium extra-vésical (10 aiguilles).

Suites opératoires simples. Mars 1956, cystite pénible type radique. Trois mois après, cystite persistante.

U.I.V. : distension discrète urétéro-pyélo-calicielle bilatérale, petite vessie ronde.

Deuxième opération le 5 décembre 1956. Urétérostomie cutanée bilatérale. Télécobaltothérapie (Docteur Pierquin) : 7.000 r Tumeur en six semaines. Le traitement est bien supporté malgré un érythème cutané persistant. Troisième opération : cystectomie totale de sécurité et urétéro-iléo-prostatoplastie ; pelvis libre. Cystectomie totale avec conservation de l'urèthre sous montanal. Suites opératoires simples.

Examen histologique de la vessie exeraite : muqueuse nécrosée ainsi que la musculeuse, aucune cellule épithéliale tumorale n'est retrouvée.

En mars 1958, examen de contrôle : urines légèrement louches avec mucus ; continence parfaite sauf la nuit.

Miction toutes les trois heures. Douleurs pelvi-périnéales capricieuses avec hématurie récente.

U.I.V. : excellent rein droit, mais surpression rénale gauche.

Uréthrocystoscopie : greffon normal.

En juin 1959, néphrectomie gauche pour pyonéphrose lithiasique gauche.

Obs. 73 - Monsieur G... Fernand, âgé de 55 ans (dossier N° 3.943)

Cancer de vessie

Traité par hémicystectomie puis radiothérapie, enfin cystectomie totale avec iléo-plastie dans le même temps que la cystectomie totale.

Le 26/6/1957 (opérateur R. COUVELAIRE)

Le 13ème jour post-opératoire hémorragie brutale.

Obs. 76 - Monsieur D... André, âgé de 48 ans (dossier N° 1.628)

Epithélioma papillaire vésical envahissant la sous-muqueuse, la

musculeuse en entier et les lymphatiques de la séreuse.

Traité par cystectomie totale et iléo-plastie dans le même temps opératoire.

Il s'agit d'une récidive tumorale après cystectomie partielle faite en Mai 1954 pour une tumeur vésicale qui à l'histologie s'avérait être un épithélioma papillaire vésical limité à la muqueuse et à la sous-muqueuse. Un aiguillage par 9 aiguilles de Radium complétait ce traitement chirurgical.

Trois ans plus tard récidive diffuse à toute la vessie avec distension calicielle gauche.

Le 28/6/1957 : cystectomie totale avec iléo-plastie immédiate (opérateur R. COUVELAIRE).

Suites opératoires très difficiles et décès 13 jours plus tard.

Obs. 118 - Monsieur C... Marcel, âgé de 61 ans (dossier N° 7.824)

Carcinome paramalpighien de la vessie, envahissant la musculeuse.

Traité par irradiation à haute énergie (Bétatron) puis cystectomie totale avec iléo-plastie.

Il s'agit d'une tumeur papillaire multiple, avec un gros foyer à droite et quelques petites localisations autour de l'orifice urétéral gauche. Révélée par des hématuries et une cystite elle retentit sur le haut appareil urinaire en U.I.V. (urée 20 cg). Retard de sécrétion à gauche. Distension de l'uretère pelvien droit.

En mars-avril 1960 : 5.500 R tumeur par bétatron. Cystite radique épouvantable l'obligeant à pisser toutes les cinq minutes. Epididymite droite. Aggravation du retentissement sur le haut appareil urinaire : distension urétéro-pyélocalicielle bilatérale. Petite vessie dont la capacité est réduite à 50 cm3.

Le 8/8/1960 (4 mois après irradiation) cystectomie totale emportant la moitié proximale de la prostate (opérateur J. AUVERT). Iléoplastie immédiate sans dérivation urinaire.

L'anastomose greffon prostate lache et l'opéré meurt en 8 jours. Les anastomoses urétéro-iléales par contre ont tenu.

L'étude histologique de la pièce n'a pas montré de tumeur résiduelle.

Obs. 119 - Monsieur C... Albert, âgé de 60 ans (dossier N° 7.858)

Carcinome épidermoïde de la vessie envahissant la musculeuse.

Sans envahissement ganglionnaire.

Traité par dérivation première des urines par une urétérostomie cutanée transiléale ; télécobalt-thérapie, enfin raccordement dernier de l'iléon à la prostate.

La tumeur est révélée par des hématuries. Au toucher rectal, au-dessus d'une prostate normale une infiltration pariéto-vésicale à gauche.

Urée sanguine : 0,25 g 0/00.

U.I.V. : rein gauche muet, rein droit normal dans sa morphologie mais bas situé. La moitié gauche de la vessie ne s'injecte pas sur le cystogramme de sécrétion.

L'état général est bon avec un hématocrite à 40 %.

Le 23/2/1960 : 1ère intervention (opérateur : RISK)

Urétérostomie cutanée transiléale. L'uretère gauche contient de l'urine claire sous pression.

En mars 1960 : 20 séances de Bétatron soit : 4.500 R.

26 juillet 1960 : cystectomie totale avec raccordement du greffon iléal à l'urètre apico-prostatique.

Treize jours plus tard des hématémèses ulcéreuses massives obligent à une gastrectomie subtotale et dans les jours qui suivent toutes les anastomoses lâchent et l'opéré meurt le 20/8/1960.

Obs. 131 - Monsieur F... Louis, âgé de 60 ans (dossier N° 8.269)

Carcinome vésical envahissant largement la musculeuse vésicale, la prostate et les ganglions hypogastriques.

Traité par :

1 - Urétérostomie cutanée transiléale

2 - Télécobalt puis cystectomie totale avec implantation du greffon iléal à l'apex prostatique.

La tumeur maligne annoncée par des hématuries et une cystite entraine la distension des cavités excrétrices gauches.

Une biopsie en affirme la nature maligne.

Première intervention : le 23/12/1959 : urétérostomie cutanée trans-iléale (opérateur R. COUVELAIRE).

Un mois plus tard, le rein gauche a récupéré une sécrétion et une morphologie normales.

En avril-mai 1960 : Télécobalt.

Le 24 juillet 1960 (3 mois après la fin de l'irradiation) cystectomie totale, avec raccordement du bout proximal libre de l'iléon à l'apex prostatique: Mais l'iléostomie urinaire est gardée comme soupape.

Les suites opératoires sont bonnes.

L'altération de l'état général n'a jamais permis la fermeture de l'iléostomie urinaire, et le malade meurt dans un tableau de cachexie néoplasique en mars 1961.

Obs. 134 - Monsieur M..., âgé de 60 ans (dossier Necker N° 8.449)

Carcinome différencié envahissant la musculeuse.

Echec de cystectomie partielle.

Bétatron.

Cystectomie totale avec iléo-plastie immédiate.

Monsieur M... est adressé au professeur R. COUVELAIRE pour hématuries durant depuis quatre ans et devenues incoercibles.

14 avril 1959 première opération (Professeur R. COUVELAIRE). Taille d'urgence. Trois tumeurs sur la calotte, grosse tumeur sessile devant l'uretère gauche. Cystectomie partielle à la demande ; réimplantation de l'uretère gauche.

Histologie : papillome très évolutif, transition avec le carcinome débutant.

Bétatron (Professeur agrégé Dutreix) : 16 séances 5.500 R.

Avril 1960, récidive hématurique. Cystoscopie : efflorescence vésicale.

20 mai 1960 opération (Professeur R. COUVELAIRE). Cystectomie totale très difficile, obligation de sacrifier le paquet vasculaire iliaque externe droit pour extraire "tout le bloc". Réparation artérielle et veineuse immédiate (J. AUVERT). Remplacement de la vessie par un greffon iléal, drainage périnéal.

Histologie : carcinome différencié envahissant la musculeuse.

Suites opératoires simples, excellente récupération fonctionnelle du membre inférieur droit (aucune claudication).

U.I.V. de contrôle : reins normaux, bonne réplétion du greffon. contrôle mictionnel parfait de jour, incontinence nocturne.

Mai 1961 : contrôle satisfaisant, vie normale.

Obs. 152 – Monsieur C... est âgé de 57 ans (dossier G. N° 2.128)

Epithélioma infiltrant de la vessie

Cystectomie totale et iléo-plastie immédiate.

Le 8 février 1960. Adénomectomie par voie transvésicale (malade obèse), accès du col difficile, prostate très enfouie, hémostase directe.

Prélèvement biopsique de la muqueuse cervicale d'aspect très inflammatoire mais souple. Histologie : lésions inflammatoires banales.

Persistance d'un syndrome de cystite avec grosse pyurie. On soupçonne alors que ce malade est porteur d'une tumeur vésicale à début interstitiel ; l'endoscopie ne montre aucune végétation, ni ulcération endo-vésicales. Pas de retentissement urographique.

Le 13 février 1961, opération (A. MOULONGUET)

Biopsie extemporanée de la face latérale droite de la vessie. Réponse : épithélioma infiltrant de la vessie.

Cystectomie totale élargie avec curage lympho-ganglionnaire respectant le bec prostatique. Prélèvement d'un greffon iléal. Anastomose en V en deux plans du greffon iléal au bec prostatique. Intervention difficile en raison de l'épaisseur pariétale et de la graisse infiltrant les mésos et le tissu sous-péritonéal.

Suites opératoires : syndrome subocclusif avec déséquilibre électrolytique qui cède à la réanimation.

Le 13 mars 1961, apparition d'une fistule urinaire.

La sonde uréthrale n'avait pas encore été enlevée en raison d'une suppuration pariétale post-opératoire.

Le 22 avril 1961, réintervention (A. MOULONGUET)

On est conduit sur une fistule siégeant sur la branche droite du greffon et dont l'origine ne peut être qu'une ulcération liée à la présence prolongée de la sonde uréthrale.

Fermeture en deux plans de l'incision.

Ablation de la sonde au douzième jour.

Résultat fonctionnel. Incontinence nocturne totale, contrôle diurne difficile mais en voie d'amélioration. Le malade n'est prévenu de sa miction que lorsque celle-ci est déjà commencée ; il est donc obligé de porter un appareillage.

TUMEURS MALIGNES EN "SURFACE"

Obs. 29 - Monsieur G. G..., âgé dd 64 ans (dossier Lariboisière N°1.067)

Epithélioma papillaire de la vessie n'atteignant pas la musculeuse. Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale et dans un deuxième temps iléo-plastie.

Monsieur G... entre dans le service le 23 juin 1953 car depuis le mois de février 1953 il souffre de troubles mictionnels, dysurie et pollakiurie mais sans jamais d'hématurie. Il a déja été opéré à Amiens, le 24 avril 1953 : taille vésicale qui découvre une petite vessie inextensible à parois épaisses, toute la muqueuse est tapissée de masses sphacéliques ; électrocoagulation imparfaite ; fermeture de la vessie. Le malade sort un mois et demi après, mais le 20 juin 1953 apparait une fistule urinaire hypogastrique.

Il entre donc dans cet état dans le service, porteur d'une tumeur infiltrante envahissant une grande partie de la vessie.

U.I.V. : les deux reins sont en stase. Uretère pelvien gauche très dilaté. Opacification floue et hétérogène de la vessie.

Cystoscopie le 24 juin 1953 : tumeur papillaire sessile à dix heures, plage saillante à trois heures, zone oedémateuse sur un col très saillant.

Le 3 juillet 1953, opération (Professeur R. COUVELAIRE) : cystectomie totale. Tumeur diffuse remplissant toute la vessie avec adénopathie iliaque externe droite. On laisse en place le bec prostatique ; les deux uretères sont mis à la peau ; drainage par l'uretère.

Examen histologique : épithélioma papillaire de la vessie, n'atteignant pas la musculeuse.

Suites opératoires extrêmement simples, le malade sort le 3 septembre 1953 en bon état.

Il revient le 26 février 1954 pour un deuxième temps.

Le 5 mars 1954, deuxième opération (Professeur R. COUVELAIRE) iléoplastie : section de l'iléon au ras du caecum ; prélèvement du greffon iléal ; rétablissement de la continuité intestinale ; transplantation de l'urétérostomie cutanée droite dans le greffon sur sonde. Ouverture de l'urèthre membraneux au béniqué ; une sonde est placée dans l'urèthre et le greffon est tunellisé à la Witzel. Transplantation de l'urétérostomie cutanée gauche dans le bout du greffon à la peau. Iléo-coecostomie latéro-latérale.

Suites opératoires simples.

Le 6 avril 1954, fermeture de l'orifice cutané de la néovessie en trois plans, pose d'une sonde uréthrale à demeure.

Le 18 juin 1954, forage du greffon iléal, forage à ciel ouvert au bistouri électrique sur la saillie d'un béniqué ; double drainage uréthral et hypogastrique.

Le malade sort le 14 juillet 1954 avec une sonde hypogastrique à demeure.

Entre à nouveau car, depuis le 16 juin 1956, hématurie par la sonde hypogastrique.

Le 20 juin 1956, cystographie (ou plutôt iléographie) : reflux dans le rein droit mais pas dans le rein gauche.

U.I.V. : bon rein droit, mais retard de sécrétion du rein gauche.

Le 27 juin 1956 troisième opération (Professeur R. COUVELAIRE) élargissement de l'orifice hypogastrique. Exploration au doigt de la néovessie ; pas de calcul ; nouvelle sonde hypogastrique à demeure.

Finalement, le malade sort le 17 juillet 1956, avec une sonde hypogastrique à demeure fonctionnant bien, mais qui n'a jamais pu rétablir les mictions par les voies naturelles.

Malade revu le 6 novembre 1958 en bon état général, urée 0,60. Sonde en permanence dans la néovessie. Il ne ressent par contre aucune douleur.

U.I.V. normale.

En résumé, échec sur le plan mictionnel, le malade vivant comme porteur d'une néovessie iléale à la peau.

Obs. 32 – Monsieur B... Nicolas. Employé dans une usine de colorants. 53 ans - (N° dossier 858)

Epithélioma papillaire de la vessie ne dépassant pas la sous-muqueuse. Traité en deux temps : 1er temps : radiumthérapie intra et extra vésicale sous couvert d'une urétérostomie cutanée bilatérale.

2ème temps : cystectomie totale avec iléo-plastie.

Tumeur révélée par des hématuries et une cystite. Non perceptible cliniquement. Urée sanguine 0,41 g °/$_{oo}$ et amputation de la moitié gauche de la vessie sur le cystogramme de sécrétion.

Bon état général : 4.381.000 globules rouges ; 8.200 globules blancs.

Le 24 mars 1953 (opérateur R. COUVELAIRE)

Urétérostomie cutanée bilatérale. Dévascularisation de la vessie par section des artères hypogastriques. 15 aiguilles de radium intra et extra vésicales enlevées huit jours plus tard.

Sept mois plus tard 6/10/1953 (opérateur R. COUVELAIRE). Cystectomie totale. Iléoplastie abouchée en bas à la prostate, ouverte à la peau par son bout supérieur, cueillant au passage les deux uretères.

Malheureusement une fistule urostercorale et un volvulus du grêle entrainent le décès de l'opéré.

Obs. 62 – Monsieur A. M... âgé de 66 ans (dossier Lariboisière 1956)

Epithélioma papillaire disséminé envahissant la sous muqueuse.

Cystectomie totale et iléo-plastie immédiate.

Monsieur M... fut opéré d'un adénome prostatique + polype vésical : ablation en 1954

Revient le 3 novembre 1956 dans le service pour hématurie.

Examen : pas d'infiltration vésicale perceptible.

U.I.V. : normale mais nombreuses lacunes vésicales.

Cystoscopie, quatre tumeurs papillomateuses implantées autour du col.

Première opération, le 7 novembre 1956 (E. MAGDER) à l'ouverture de la vessie importante végétation presque sur le col ; cystectomie totale sans curage ganglionnaire systématique mais seulement ablation large du tissu cellulaire péri-vésical. Section de la base prostatique, isolement d'une anse iléale, 30 cm que l'on ferme à ses deux extrémités. Anastomose

directe termino-latérale de l'urèthre à l'anse. Greffon disposé en V et implantation des deux uretères en bivalves sur sonde près de la brèche d'anastomose iléo-uréthrale. Péritonisation qui exclut complètement l'anse.

Suites opératoires simples. Guérison en un mois.

Examen histologique : épithélioma papillaire disséminé, ne dépassant pas la sous-muqueuse.

Le premier mois, le malade ne peut uriner qu'avec une sonde, à la fin de ce mois, il ressent le besoin d'uriner mais perd ses urines, puis trois jours plus tard, urine normalement. Le jet est assez fort, les urines claires, ne force pas pour uriner, mais pousse. Ne présente aucune gêne à la miction, urine cinq à six fois par jour. La nuit est réveillé cinq à six fois.

U.I.V. le 13 août 1957 : dilatation pyéloNcalicielle droite, opacification faible des voies excrétrices gauches.

Le 15 janvier 1958, fistule hypogastrique qui se tarit par sonde uréthrale à demeure, mais se rouvre plusieurs fois.

Deuxième opération le 5 février 1958 : excision en libérant une partie du greffon, l'orifice est au contact du pubis, libération de 3 à 4 cm vers le bas, suture.

Le 17 avril 1958, nouvelle fistule traitée par coagulation endoscopique d'une excroissance cervicale de muqueuse saillante qui faisait obstacle. La fistule se tarit définitivement le 26 avril 1958.

Le 11 mai 1959, bon état général, état mictionnel identique au précédent, urine cinq à six fois par jour, aucune incontinence entre les mictions. Mais la nuit est incontinent. Le malade garde une sonde uréthrale à demeure n° 30 pendant son sommeil.

Revu le 26 novembre 1959, excellent état général, état mictionnel inchangé.

Obs. 69 - Monsieur C. J..., âgé de 48 ans (dossier P.M.)

Epithélioma papillaire diffus envahissant la sous-muqueuse.

Cystectomie totale.

et iléo-plastie immédiate.

A été opéré par taille vésicale en province pour polypes il y a 11 mois. Actuellement, urines hématiques, état général bon.

Examen : prostate normale, pas d'infiltration sus prostatique.

U.I.V. le 15 août 1957, pas de retentissement rénal, multiples lacu-

nes vésicales.

Cystoscopie : mauvaise visibilité mais on devine des tumeurs papillaires multiples.

Opération le 24 août 1957 (opérateur E. MAGDER)

cystectomie totale large sans dissection des vaisseaux iliaques, section de la prostate à 0,5 cm de la base. Greffon iléal. Anastomose latéro-terminale sur l'apex prostatique, greffon disposé en V avec implantation des uretères dans le greffon à faible distance de la bouche d'anastomose.

Suites opératoires simples : guérison en un mois.

Examen histologique : épithélioma papillaire disséminé envahissant à peine la sous muqueuse.

Examen de contrôle le 2 décembre 1957.

Le malade perçoit le besoin d'uriner, il urine environ toutes les deux heures ; il ne perd pas ses urines entre les mictions, mais est incontinent la nuit ; il ressent normalement le besoin d'uriner, est obligé de pousser. Ses fonctions génitales sont normales. Il a repris une activité sociale normale.

U.I.V. : haut appareil normal, petit reflux gauche, pas de résidu.

Revu en février 1959 bon état général ;

U.I.V. de contrôle identique à la précédente. Etat mictionnel inchangé.

Obs. 95 - Mme L... Henriette, âgée de 65 ans (dossier N° 7.832)

Adéno-carcinome anaplasique de la vessie sans envahissement musculaire. Traité par irradiation à haute énergie (bétatron) et cystectomie totale secondaire avec iléo - plastie dans le même temps opératoire.

Hématuries révélant une tumeur vésicale que l'endoscopie précise être : une tumeur papillaire à foyers multiples. Une biopsie répond : carcinome relativement différencié de la vessie.

De février à juin 1959 : irradiation par bétatron. De nouvelles hématuries font découvrir quelques petites élevures sessiles rouges tranchant sur la pâleur du reste de la vessie.

Trois biopsies sont faites dont la réponse à deux reprises affirme la persistance d'un carcinome vésical font pratiquer

Le 12/2/1959 (opérateur R. COUVELAIRE) une cystectomie totale avec iléo-plastie immédiate.

Les suites opératoires sont mauvaises. Lâchage de l'anastomose iléo-iléale. Fistule stercorale abdominale et décès au bout d'un mois.

Histologiquement, sur la pièce examinée, il ne persiste que quelques rares cellules d'aspect néoplasique dans la fibrose cicatricielle post-radiothérapique.

Obs. 151 –Monsieur C..., âgé de 43 ans (dossier G N° 3.009)

Epithélioma papillaire non infiltrant de la vessie.

Bétatron.

Cystectomie totale - Iléoplastie immédiate.

Janvier 1960. Cystectomie partielle pour une tumeur papillaire unique.

Histologie : épithélioma papillaire non infiltrant. Reprise des hématuries deux mois après l'intervention.

Novembre 1960 (A. MOULONGUET). Cystoscopie : la vessie est couverte de foyers papillaires, peu végétants, sessiles, au-delà des possibilités de destruction par voie endoscopique.

Urographie : normale, pas d'infiltration clinique.

Radiothérapie pré-opératoire (Pierquin) 4.000 r, bétatron. L'intervention est conduite quinze jours après la fin du traitement radiothérapique.

Le 27 juin 1961, opération (A. MOULONGUET). Cystectomie totale non élargie emportant le col et une lamelle de la base prostatique. Le côlon sigmoïde étant court, on choisit un segment iléal pour servir de néovessie. Suture uréthro-iléale en deux plans en arrière, en un plan en avant. Toutes les anastomoses uro-intestinales sont extra-péritonéales.

Suites opératoires : l'aspect atone des tissus au niveau de l'orifice de drainage hypogastrique laisse quelques inquiétudes quant à leur pouvoir de cicatrisation. Après un écoulement d'urine par la plaie (150 cm3 par jour) durant quinze jours, celle-ci s'assèche complètement et la cicatrisation survient.

Ablation des sondes le 23 juillet 1961.

Résultat fonctionnel encore impossible à juger.

Obs. 30 – Monsieur V... Gaston, âgé de 74 ans (dossier 1.067)

Epithélioma papillaire de la vessie développé en surface et n'atteignant pas la musculeuse. Traité par cystectomie totale et urétéros-

stomie cutanée bilatérale. Une iléo-plastie est faite secondairement.

Une volumineuse tumeur vésicale révélée par une dysurie avec cystite, tapisse toute la muqueuse vésicale de masses sphacéliques, elle entraine une dilatation bilatérale des voies urinaires supérieures prédominant à droite. L'urée sanguine est à 49 centigrammes. L'état général est relativement bon pour autoriser le 9/9/1953 (opérateur R. COUVELAIRE) une cystectomie totale avec curage ganglionnaire et urétérostomie cutanée bilatérale.

Quelques mois plus tard en février 1954 une iléo-plastie est faite. Malheureusement l'anastomose greffon intestinal-urèthre s'est sténosée malgré une réintervention à ce niveau. Ce malade a donc vécu porteur d'une sonde dans son greffon iléal, c'est-à-dire, porteur d'une urétérostomie cutanée trans-iléale.

En décembre 1961, soit 8 ans 1/2 après l'intervention première ce malade est décédé sans que l'on connaisse la cause de sa mort.

TUMEURS BENIGNES

Obs. 59 - Monsieur M... âgé de 50 ans (dossier N° 1.656)

Papillomatose bénigne récidivante de la vessie.

Traitée par cystectomie totale et iléo-plastie immédiate.

En 1954, résection à ciel ouvert d'un papillome vésical profitant de la taille vésicale qu'impose l'exérèse d'un adénome prostatique.

Deux ans plus tard, efflorescence de papillomes sur toute la vessie.

En octobre 1956 : cystectomie totale avec remplacement de la vessie par un greffon iléal (opérateur E. MAGDER).

Les suites sont favorables.

L'état fonctionnel est excellent (continence nocturne et diurne parfaite. Mictions toutes les deux heures. Besoin d'uriner ressenti de façon nor normale "comme avant". Dilatation des deux voies urinaires supérieures apparue à la 3ème année post-opératoire et se maintenant inchangée depuis, mais deux ennuis majeurs existent :

- d'une part des fistules hypogastriques, se reproduisant entre cinq et dix fois par an. Deux fermetures chirurgicales de ces fistules furent nécessaires, mais dans l'ensemble elles cèdent à la sonde urétrale à demeure.

- d'autre part une insuffisance rénale avec acidose hyperchlorémique. Revu en mars 1962 (soit six ans après la cystectomie totale) l'urée sanguine est à 1 g 50, le cl sanguin à 105 mEq, la réserve alcaline à 30 volumes.

Obs. 68 - Monsieur B..., âgé de 45 ans (dossier P. 4.880)

Papillomatose bénigne de la vessie traitée par aiguillage au radium puis cystectomie totale et iléo-cystoplastie dans le même temps opératoire.

M. B... consulte le professeur R. COUVELAIRE, en décembre 1956 pour hématuries récidivantes depuis mai 1956. Examen, prostate normale, pas d'infiltration du plancher vésical, urée 0,40.

U.I.V. : pas de répercussion sur le haut appareil mais en cystographie, lacunes disséminées dans la vessie.

Cystoscopie, masses végétantes pédiculées situées au voisinage des O.U.D. et O.U.G., toutes bien pédiculées sauf celle située à 7 heures non loin de l'O.U.D. infiltrée et ulcérée.

Première opération le 14 décembre 1957 (Professeur R. COUVELAIRE) taille large, nombreuses tumeurs papillaires sessiles ; il est impossible de repérer les uretères. Extra-péritonisation et urétérotomie pour les cathétériser. A droite, large résection vésicale et réimplantation de l'uretère droit. A gauche. résection sans réimplantation, radium in situ (8 aiguilles de 2 millicuries, 6 à droite, 2 à gauche). Résections de la lèvre postérieure du col, fermeture vésicale.

Suites opératoires fébriles. Ablation des aiguilles au cinquième jour. Urée : 1,10 p. 1000. Le vingtième jour, incision latérale gauche pour drainer une collection uro-purulente.

Sort au trentième jour en bon état général. Urée 0,43 p. 1000.

Radiothérapie pénétrante à 220.000 volts à Mulhouse.

Examen histologique : papillome vésical, formé de nombreuses végétations, constitué par des cellules pavimenteuses multi-stratifiées n'envahissant pas la musculaire muqueuse.

Consulte à nouveau le Professeur R. COUVELAIRE en juillet 1957 pour des poussées intenses de cystite avec pyurie et des douleurs lombaires gauches, mais bon état général. Urée : 0,45 p. 1000.

U.I.V. : importante dilatation du rein gauche avec retard de sécrétion. Rein droit normal.

Cystoscopie : récidive droite avec lésions de cystite radique diffuse. Au T.R. infiltration du plancher vésical. Donc récidive importante six mois après l'intervention et malgré la radiothérapie complémentaire.

Deuxième opération le 12 juillet 1957 (Professeur R. COUVELAIRE) laparotomie médiane sous-ombilicale. Cystectomie totale laissant en place l'apex

prostatique. Il existe sur le col et la paroi inférieure droite des foyers de nécrose. Urétéro-iléo-plastie en V avec anastomose immédiate et implantation des deux uretères dans chaque branche du greffon sur sonde.

Suites opératoires simples. Ablation du drain le cinquième jour, des sondes le dix-huitième jour ; sort en bon état général le vingt-septième jour.

Examen histologique : épithélioma papillaire nécrotique.

Etat mictionnel : urine toutes les deux heures, ressent parfaitement le besoin d'uriner.

Il retient parfaitement ses urines entre les mictions, mais les mictions sont impérieuses. Il doit pousser pour uriner, mais sans douleur ; incontinence la nuit.

U.I.V. le 5 octobre 1957 : reins normaux. La dilatation du rein gauche a donc totalement disparu.

Cependant un cliché permictionnel objective un petit reflux dans le rein droit. Pas de reflux gauche.

Le 26 mai 1959 : excellent état général, continence diurne de deux heures. Incontinence nocturne.

Urée sanguine : 0,30 p. 1000.

Obs. 70 – Monsieur R..., âgé de 61 ans (L. 2.250)

Tumeur papillaire de la vessie histologiquement bénigne.

Traitée par cystectomie totale et iléo-plastie immédiate.

Se plaint depuis 1952 de dysurie intense avec pollakiurie et crises de rétentions aigues complètes.

En mars 1955, R.C.V. Malade fatigué et amaigri. Urines limpides au sondage.

T.R. adénome prostatique à forte saillie intra-vésicale.

U.I.V. : haut appareil normal. Cystographie descendante : vessie à contours réguliers.

Première opération le 2 avril 1955 (A. MOULONGUET) :
médiane sous-ombilicale, taille vésicale. On ne trouve pas d'adénome, mais trois papillomes pédiculés dont l'un s'engage dans le col, expliquant les accidents obstructifs. Ablation des trois papillomes et fermeture de la vessie en deux plans.

Suites opératoires simples.

Histologie : tumeur papillaire de la vessie sans caractère histologique de malignité. En juin 1957, hématurie isolée, dysurie et pollakiurie nécessitant une nouvelle hospitalisation le 22 octobre 1957. Récidive de nombreux papillomes en foyers disséminés avec stase urétérale gauche à l'U.I.V.

Deuxième opération : le 12 novembre 1957 (A. MOULONGUET) Cystectomie totale suivie d'urétéro-iléo-urétroplasie. Rétablissement de la continuité intestinale par anastomose iléo-iléale termino-terminale ; extrapéritonisation des 3 anastomoses urinaires, le greffon iléal est anastomosé au bec prostatique sur sonde urétrale.

Histologie : épithélioma vésical et papillaire végétant envahissant la musculeuse.

Suites opératoires simples.

Incontinence totale dès l'ablation de la sonde urétrale au 30ème jour ; cette incontinence disparaitra deux mois plus tard.

Le 4 novembre 1958 bon état général ; la cystographie rétrograde dessine une grande anse iléale avec reflux urétéral droit, sans reflux gauche.

U.I.V. : haut appareil normal, résidu post-mictionnel 100 cm3 ; après cystométrie, miction de 200 à 300 cm3 sous une pression de 36 cm d'eau.

Conditions de miction : le malade urine 10 fois dans la journée, incontinence nocturne ; il ressent le besoin d'uriner dans la journée, la sensation est la même qu'auparavant, mais en perd quelques gouttes d'urines. Le besoin n'est pas impérieux.

La miction n'est pas douloureuse, mais le malade doit pousser pour uriner. Il urine plus facilement debout, en plusieurs fois et la miction dure 10 minutes ;
les efforts de toux n'entrainent pas la perte des urines ; aux efforts de défécation ; perte de quelques gouttes mais ensuite, en position debout, la vessie se vide entièrement d'un jet fort.

Le malade a été revu en bon état général en novembre 1959. Etat mictionnel inchangé.

Obs. 75 – Monsieur H... Henri, âgé de 38 ans (dossier N° 3.691)

Papillomatose diffuse récidivante de la vessie

Epithélioma papillaire superficiel sans envahissement de la sous-muqueuse

Traité par cystectomie totale avec iléo-plastie immédiate après un échec de cystectomie partielle.

Papillomes multiples, récidivant après traitements endoscopiques. Cystectomie partielle en juillet 1954.

Cystectomie partielle en juillet 54.

Récidives tumorales disséminées sur toute la vessie restante, trois ans plus tard, sans retentissement rénal à l'U.I.V. Urée sanguine à 0,35 g p. 1000.

Excellent état général : N.G. à 4.200.000 globules rouges.

Le 29/1/1957 cystectomie totale avec iléo-plastie immédiate, implantée sur l'apex prostatique.

Embolie pulmonaire. Décès.

Obs. 93 - Monsieur F... Etienne, âgé de 60 ans (dossier N° 5.331)

Papillomatose récidivante de la vessie histologiquement bénigne. Traitée par radiocobalt endovésical puis cystectomie totale pour radionécrose avec urétérostomie cutanée bilatérale et urétéro-iléo- - plastie secondaire.

Un papillome vésical bénin, traité par résection endoscopique en janvier 1958 récidive de façon diffuse le mois suivant. Cobalt radio-actif endovésical en février.

Cinq mois plus tard, des hématuries font découvrir en cystoscopie une image de récidive, en U.I.V. distension urétéro-pyélocalicielle gauche.

Le 17/9/1958 (opérateur J. AUVERT) cystectomie totale, avec section de la 1/2 proximale de la prostate et urétérostomie cutanée bilatérale. Il ne s'agissait pas d'une récidive, mais d'une nécrose radique de la superficie d de la vessie.

Le 14/2/1959 : urétéro-iléo-plastie (opérateur J. AUVERT).

Trois ans plus tard, le malade est enchanté du fonctionnement de la vessie iléale.

Dans la journée il retient ses urines de 1 à 5 h. L'absence prolongée de miction entraine des douleurs lombaires bilatérales. Le besoin est ressenti sous forme de colique. Le résidu après miction se chiffre à 200 ml environ. Le soir il se sonde lui-même, vide sa vessie et dort sonde en place.

Il n'y a jamais eu de poussée infectieuse.

La puissance virile est conservée, mais les érections sont douloureuses.

L'examen est normal. L'urée sanguine à 0,54 g °/oo.

En U.I.V. : bonne sécrétion mais évacuation retardée et distension urétéro-pyélique. En cystographie rétrograde : reflux bilatéral.

Seules ombres à ce tableau favorable :

- L'apparition, deux fois par an, d'une fistule urinaire hypogastrique que le malade traite lui-même par sonde urétrale à demeure pendant une dizaine de jours.

- L'incapacité de travailler.

Obs. 107 - Monsieur H. N..., âgé de 62 ans (dossier Necker N° 7.135)

Tumeur papillaire histologiquement bénigne de la vessie.

Cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale

Iléo-cystoplastie seconde.

M. N..., entre dans le service le 3 juillet 1959 pour des hématuries intermittentes (tous les deux ou trois mois depuis un an), sans douleur, sans troubles mictionnels.

Examen : malade en bon état général : T.R. : petit adénome prostatique, pas d'infiltration sus-jacente. Urée : 0,30.

U.I.V. : haut appareil droit normal ; le rein gauche sécrète bien mais il est en stase ; gros uretère pelvien gauche ; amputation de la partie basse de la vessie à gauche.

Cystoscopie, tumeur vésicale de la partie basse de la vessie propagée à l'orifice urétéral gauche.

Le 21 juillet 1959, première opération (A. MOULONGUET). Tumeur papillaire étendue au pourtour du col sur le trigone et sur la face latérale gauche de la vessie. Prostato-cystectomie totale laissant en place l'apex prostatique, avec curage ganglionnaire systématique ; urétérostomie cutanée bilatérale.

Suites opératoires excellentes ;

Examen histologique : tumeur vésicale papillaire ne dépassant pas la sous-muqueuse histologiquement bénigne. Le malade sort un mois et demi après du service en bon état général.

Il revient le 1er novembre 1959 pour le deuxième temps opératoire, bon état général, urée 0,35.

U.I.V. : bon rein droit, rein gauche un peu dilaté.

On décide de rétablir la continuité par un greffon intestinal en ame-

nant le segment inférieur à l'urèthre prostatique, mais en laissant le bout supérieur à la peau.

Deuxième opération le 17 novembre 1959 (A. MOULONGUET). Remplacement vésical. On repère facilement le bec prostatique, l'anastomose d'un greffon parait réalisable dans de bonnes conditions. Prise d'un greffon iléal dans lequel on anastomose les uretères en latéro-terminal. Anastomose latéro-terminale sur l'urèthre prostatique et mise à la peau d'une extrémité du greffon par où sortent les sondes urétérales.

Les suites opératoires sont simples et le 22 décembre 1959 on tente la fermeture cutanée de la néovessie ; avant de pratiquer cette fermeture, on tente vainement de cathétériser l'urèthre, toute sonde butte au niveau de la région prostatique, laissant penser à une sténose de l'anastomose uréthrale.

1960, troisième opération. Essai de raccord avec un greffon artériel (Docteur Risk), échec.

1961, quatrième opération (Professeur R. COUVELAIRE). Prélèvement d'un lambeau sur le greffon intestinal à la manière d'un lambeau vésical pour opération de Boari. Tubulation sur sonde. Raccord avec l'urèthre. Vingt jours de sonde, fermeture de l'orifice cutané du greffon. Mictions faciles, continence de deux heures.

Obs. 108 – Monsieur A. F..., âgé de 52 ans (dossier PM).

Tumeur papillaire histologiquement bénigne.

Cystectomie totale et iléo-plastie immédiate.

Hématurie, dysurie et pollakiurie. Le début des troubles remonte à 1954, hématurie isolée, sans signe fonctionnel traité médicalement sans aucune exploration clinique et radiologique. Depuis six mois, apparition de dysurie et de pollakiurie : N, deux à trois fois ; D, toutes les heures.

Le 15 août 1959, hématurie totale qui se reproduit à chaque miction.

Examen : bon état général, sans amaigrissement. T.R. : prostate normale, pas d'infiltration vésicale perceptible. Urée : 0,50 g. p. 1000.

U.I.V. : haut appareil normal, mais énorme lacune intéressant toute l'hémi-vessie gauche débordant à droite jusqu'à l'O.U.D. qui est encore libre.

Le 4 décembre 1959, opération (A. MOULONGUET) : cystectomie totale non élargie, laissant en place le bec prostatique ; mise en place d'un greffon iléal de 20 cm disposé en V avec anastomose directe prostato-iléale en un temps, et anastomose termino-latérale des deux uretères dans chaque branche du greffon.

Examen histologique : tumeur papillaire de la vessie, ne dépassant pas la sous-muqueuse sans signe histologique de malignité.

Suites opératoires remarquablement simples, température 37° au quinzième jour, ablation des sondes au vingtième jour, cicatrisation parfaite.

Du point de vue mictionnel, dès l'ablation des sondes, le malade ne perçoit pas le besoin d'uriner, mais il retient ses urines entre les mictions et la nuit. Par la suite, il perçoit un besoin analogue à un besoin normal.

TUMEURS HISTOLOGIQUEMENT INCLASSABLES

Obs. 127 - Monsieur M... Louis, âgé de 69 ans (dossier N°6.694)

Epithélioma papillaire bien différencié de la vessie. Forme histologique de classement difficile, transitionnelle entre les papillomes bénins et les carcinomes très différenciés.

Traité en 3 temps par :

- une cystectomie partielle le 14/9/1958 qui confirme la nature maligne de la tumeur.
- 16 séances d'irradiation par bétatron totalisant 5.500 R.
- enfin, le 20 mai 1959, 10 mois après irradiation une cystectomie totale avec iléo-plastie immédiate (opérateur J. AUVERT).

Les suites opératoires sont excellentes. Malade perdu de vue.

Obs. 133 - Madame H..., âgée de 38 ans (dossier Necker N° 8.246)

Tumeur de vessie histologiquement impossible à classer.

Bétatron. Urétérostomie transiléale.

Cystectomie totale. Echec d'une tentative de raccordement du greffon à l'urèthre.

Mme H... entre dans le service le 13 juin 1960 pour hématuries qui ont débuté depuis 1955. Depuis cette date de multiples opérations furent exécutées contre des polypes vésicaux : une taille vésicale (1958) ; une cystectomie partielle (1958) ; un traitement au bétatron (3.000 R) et de nombreuses électrocoagulations endoscopiques.

Examen : hématuries copieuses. Pollakiurie nocturne et diurne intense.

Abdomen : perception de la vessie.

T.R. : on sent le plancher vésical gonflé par une masse mollasse.

U.I.V. : le 14 juin 1960 : rein et uretère gauches en stase, rein droit muet, urée sanguine : 0,60.

Le 21 juin 1960, première opération (Professeur R. COUVELAIRE). Vessie iléale de dérivation. Deux énormes uretères sont anastomosés au greffon iléal, iléostomie droite.

Suites opératoires simples. Un mois après, l'urogramme est devenu normal et l'état général très amélioré.

Le 26 juillet 1960, deuxième opération (Professeur R. COUVELAIRE). Cystectomie totale :

1 - voie vaginale, conservation de l'urèthre et découpe du col ;
2 - voie abdominale, cystectomie totale, vessie entièrement tapissée de tumeurs papillaires, volume d'un melon, cystectomie difficile, adhérences à droite. Le cul de sac vaginal qui est ouvert servira de drainage,
3 - suture du greffon iléal abaissée du col vésical en deux plans sur sonde de Malécot.

Suites opératoires compliquées le septième jour par une hémorragie vaginale importante. Tamponnement. A l'ablation de la sonde la continence n'est pas obtenue.

Deux essais d'allongement de l'urèthre et de suspension du néocol ont échoué, si bien que l'orifice cutané du greffon n'a pu encore être fermé.

Obs. 138 - Monsieur M... Louis, âgé de 60 ans (dossier 6.794)

Tumeur très différenciée de la vessie, forme de transition entre les papillomes encore bénins et les carcinomes très différenciés.
Elle envahit la sous muqueuse sans atteindre la musculeuse.
Traitée par cystectomie totale avec iléo-plastie dans le même temps opératoire.
Une cystectomie partielle et une irradiation à haute énergie (5.500 R) avaient été des échecs.

Une tumeur vésicale trigonale avec petites greffes sur la face latérale gauche de la vessie impose une cystectomie partielle avec réimplantation de l'uretère gauche en 1959.

Le type histologique de la tumeur fait faire 5.500 R par irradiation à haute énergie (Bétatron) (juillet 1959). Un an plus tard des récidives

multiples sur le trigone, sur la calotte et sur le col font faire une cystectomie totale avec iléo-plastie immédiate.

La cystectomie s'est déroulée dans des conditions dramatiques puisque pour enlever la tumeur il a fallu réséquer les vaisseaux iliaques externes. Ceux-ci ont été réparés immédiatement (opérateurs R. COUVELAIRE et J.AUVERT).

Les suites opératoires sont simples. Revu deux ans plus tard la continence est parfaite le jour, cet opéré peut se retenir d'uriner durant une heure et demi. Ressent le besoin d'uriner "comme avant", ses mictions sont faciles. La nuit il est incontinent, condamné à la pince à verge et deux mictions. Les urines contiennent du mucus. Mais il y a ni fièvre ni lombalgie.

En U.I.V. : stase modérée de la voie urinaire supérieure gauche. Mais les deux reins sécrètent et se vident bien.

CYSTECTOMIES TOTALES TERMINEES PAR COLO-PLASTIE

TUMEURS LARGEMENT INFILTRANTES

- Monsieur W... Xavier, âgé de 65 ans (dossier N° 7.644)

Epithélioma indifférencié de la vessie, envahissant la musculeuse vésicale sans envahissement celluleux ni lymphatique.

Traité par cystectomie totale et colo-plastie sigmoïdienne en un temps.

Bétatron post-opératoire.

Comme signes fonctionnels une cystite et des hématuries mais aucun signe clinique objectif. Urée sanguine à 0,49 g °/$_{oo}$.

U.I.V. : stase pelvienne droite. Nombreuses lacunes sur le cystogramme de sécrétion.

Le 28/12/1959 (opérateur A. MOULONGUET) cystectomie totale. Curage lympho-ganglionnaire bilatéral et plastie colique immédiate.

Une fistule sigmoïdo-néo-vésicale discrète se tarit en un mois. Trois mois après l'opération en mars avril 1959 : vingt séances de bétatron sont bien tolérées.

Deux ans plus tard le résultat est bon. Une miction toutes les 3 heures le jour et deux mictions la nuit. Entre les mictions l'incontinence du début a disparu. L'U.I.V. montre des voies urinaires supérieures normales. Mais, depuis plus d'un an l'opéré se plaint de pneumaturie, rarement d'une fécalurie, et d'une émission d'urines par l'anus. La fistule entre le sigmoïde et la néo-vessie persiste objectivée par la cystographie rétrograde.

Obs. 103 - Monsieur M... Alexandre, âgé de 61 ans (dossier N° 6.703)

Carcinome paramalpighien très indifférencié de la vessie envahissant

toute l'épaisseur de la paroi vésicale et gagnant dans le tissu cellulo-adipeux pelvien. Pas d'envahissement ganglionnaire.

Traité par cystectomie totale emportant la moitié supérieure de la prostate. Colo-plastie sigmoïdienne immédiate.

La tumeur est révélée par une hématurie retrouvée au toucher rectal sous forme d'une infiltration sus et latéro-prostatique droite et d'une lacune droite sur le cystogramme de sécrétion. Elle laisse libre les voies urinaires supérieures gauches, mais distend les droites. L'urée sanguine est à 0,39 g °/₀₀.

Des transfusions ramènent la numération globulaire rouge de 2.630.000 à 4.500.000.

Le 15.1.1959 : cystectomie totale enlevant la 1/2 supérieure de la prostate et les vésicules séminales : curage ganglionnaire unilatéral droit. Coloplastie sigmoïdienne immédiate. Les uretères sont implantés directement.

Les suites malgré une fistulisation transitoire sont simples. Deux mois plus tard le haut appareil urinaire droit est revenu à la normale malgré un reflux visible en cystographie. Incontinence totale.

En avril de la même année l'opéré se suicide.

Obs. 105 - Monsieur V... Marius, âgé de 55 ans (dossier N° 7.486)

Tumeur maligne de vessie ayant dépassé la paroi musculaire de la vessie.

Cystectomie totale avec remplacement immédiat de la vessie par le colon.

La tumeur adhérente à la veine iliaque externe, est révélée par des hématuries et une cystite, et une tumeur hypogastrique latérale droite. Elle retentit de façon bilatérale sur le haut appareil urinaire : stase bilatérale dans les uretères pelviens.

En octobre 1959 : cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE) colo-plastie immédiate avec le colon sigmoïde.

Dix jours plus tard un abcès péricolique avec fistule stercorale témoigne d'un lachage de suture colique. Un anus transverse n'empêche pas l'évolution fatale.

Obs. 114 - Monsieur V..., âgé de 56 ans (P. 6.180)

Carcinome anaplasique de la vessie, envahissant le tissu sous-péritonéal.

Cystectomie totale et -coloplastie avec le colon droit.

M. V..., consulte le Professeur R. COUVELAIRE pour cystite et dysurie traitées médicalement depuis deux ans, mais depuis trois semaines pollakiurie extrême avec petites hématuries récidivantes. Amaigrissement de plusieurs kilos.

Examen : état général médiocre, éthylique. T.R. : petit adénome prostatique avec au-dessus une masse droite infiltrée fixe ; urines troubles et sanglantes ; urée : 0,24.

U.I.V. : bons reins. Distension urétérale bilatérale pelvienne. Vessie d'aspect diverticulaire.

Le 13 septembre 1959, opération (Professeur R. COUVELAIRE) laparotomie médiane, énorme induration vésicale droite. On se rend compte que toute cystectomie retardée ne sera plus jamais possible. Dans ces conditions et malgré le risque, on pratique une prostato-cystectomie totale avec conservation de l'urèthre sous-montanal et ablation de l'adénome. Il existe une infiltration très importante du tissu cellulo-adipeux droit. La masse tient à la veine iliaque externe dont il faut réséquer une pastille sous clamp de Satinski. Drainage péritonéal bilatéral et drain de Redon. Prélèvement du côlon droit qui est long et mobile. Rétablissement de la continuité par iléo-transversostomie. Implantation urétéro-caecale termino-latérale sur sonde et anastomose du greffon colique sur le bec prostatique.

Fermeture sur sonde uréthrale.

Suites opératoires mouvementées. Oligurie pendant trois jours. Ictère franc. Petit delirium tremens. Atélectasie pulmonaire.post-opératoire brutale le dixième jour. Trachéotomie d'urgence. Collection uro-purulente gauche le treizième jour. Drainage par incision de Mac Burney gauche.

Amélioration de la situation et guérison opératoire.

Examen histologique de la pièce : macroscopiquement, volumineuse tumeur intéressant toute la base de la vessie et gagnant l'espace celluleux périvésical. Histologiquement, il s'agit d'un carcinome extrêmement indifférencié, dont il est difficile de dire s'il est d'origine paramalpighienne excréto-urinaire ou s'il représente un adéno-carcinome très atypique.

Continence diurne. Incontinence nocturne. En 1961, bon état général, état mictionnel inchangé.

Obs. 120 - Monsieur W... Pierre, âgé de 58 ans (dossier 8.686)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant massivement la totalité de la paroi vésicale.

Envahissement du tissu celluleux péri-vésical.

Traité par cystectomie totale et remplacement immédiat de la vessie par du côlon sigmoïde.

Hématurie, pollakiurie, dysurie viennent inaugurer la maladie. Au toucher rectal la tumeur se palpe au-dessus de la prostate. L'urée sanguine est à 0,35 g °/₀₀.

U.I.V. : rein gauche muet. Cavités urinaires droites normales.

Une biopsie endoscopique révèle un carcinome vésical.

L'état général est mauvais avec une numération globulaire rouge à 3.000.000.

Le 25/11/1960 : cystectomie totale avec curage ganglionnaire. Coloplastie ne recueillant que l'uretère droit. Le gauche est lié (opérateur : R. COUVELAIRE).

Les suites sont marquées par une péritonite urinaire ne cédant pas malgré la néphrostomie gauche d'urgence.

Décès le 4/12/1960.

Obs. 121 - Monsieur N... Georges, âgé de 57 ans (dossier 7.437)

Carcinome papillaire bien différencié de la vessie, infiltrant largement la musculature vésicale, et le tissu adipeux et lymphatique périvésical.

Traité par irradiation à haute énergie puis cystectomie totale avec colo-plastie immédiate.

Il s'agit d'une large tumeur développée dans la moitié gauche de la vessie. Révélée par des hématuries, se dessinant comme une lacune sur le cystogramme de sécrétion, bien visible au cystoscope qui en permet la biopsie.

L'urée sanguine est à 0,57 g °/₀₀.

Le rein gauche muet à l'U.I.V., le droit normal.

Une néphrostomie gauche échoue dans sa tentative de récupérer le rein gauche bien que le rein paraisse normal et que la pression intra-pyélique ait été retrouvée élevée à 45 cm d'eau. La néphrectomie est faite quatre mois plus tard après 27 séances d'irradiation par Betatron.

La tumeur persiste, s'accroit, saigne et impose le 15/6/1960 : une cystectomie totale (opérateur J. AUVERT) avec colo-plastie immédiate.

Lâchage de la suture colo-colique et décès.

Obs. 129 - Monsieur P... François, âgé de 60 ans (dossier N° 8.789)

Carcinome différencié de la vessie envahissant la partie la plus interne de la musculature vésicale.

Les ganglions sont envahis.

Cystectomie totale avec colo-plastie immédiate.

Pendant neuf ans polypes récidivants de la vessie traités par résections endoscopiques et une fois par exérèse à vessie ouverte.

Nouvelle récidive en 1960, développée sur toute la face antérieure de la vessie et sur tout le col.

Aucun retentissement sur le haut appareil, l'urée sanguine est à 0,50 g °/₀₀.

Mais l'hémorragie est importante et l'hématocrite à 21 %.

Après transfusions, cystectomie totale le 20/12/1960 (opérateur R. COUVELAIRE). Ablation de la 1/2 proximale de la prostate. Colo-plastie immédiate implantée à l'apex prostatique.

Trois mois plus tard, le besoin d'uriner est ressenti et le malade est capable de contrôler le jet de ses urines.

Malade n'ayant pas répondu aux convocations. A été perdu de vue.

Obs. 135 -Monsieur Hag..., Iranien (P. 6.435)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant la musculeuse.

Cystectomie totale. Colo-plastie immédiate puis télécobalt.

Est confié au professeur R. COUVELAIRE pour hématuries et petite vessie scléreuse bilharzienne. Antécédents parasitaires depuis huit ans. Douleurs terribles et pollakiurie intense.

T.R. : petite prostate scléreuse.

U.I.V. : bons reins, dilatations des deux uretères pelviens (reflux vérifié en cystographie). Petite vessie en boule.

Opération le 18 mars 1960 (professeur R. COUVELAIRE).

Cystectomie totale enlevant le bloc séminal et la base prostatique. Plusieurs ganglions hypogastriques droits. Remplacement vésical immédiat avec le côlon sigmoïde. Drainage périnéal.

Suites opératoires simples : incontinence nocturne. Télécobaltothérapie complémentaire.

Obs. 141 - Monsieur W... Ardi, âgé de 58 ans

Tumeur trigonale polymorphe paramalpighienne par endroits, anaplasique en d'autres, dépassant largement la paroi vésicale et gagnant le tissu cellulo-adipeux et lymphoïde para-vésical. Pas d'envahissement ganglionnaire.

Traitée par cystectomie totale et colo-plastie immédiate.

La tumeur sessile, bourgeonnante, très étendue en surface ne retentit pas sur le haut appareil urinaire.

L'état général est bon. La numération globulaire rouge à 4.500.000.

En octobre 1961 : cystectomie totale avec section de la prostate au-dessus du veru montanum. Colo-plastie immédiate.

Phlébite surale gauche et embolie pulmonaire massive mortelle vérifiée par autopsie.

Obs. 143 - Monsieur F... Alexis, âgé de 53 ans (dossier N° 9.632)

Carcinome épidermoïde partiellement indifférencié envahissant toute l'épaisseur de la paroi musculeuse sans embolie lymphatique.

Traité par cystectomie totale et colo-plastie immédiate.

La tumeur maligne est cliniquement évidente, palpable, visible sur le cystogramme de sécrétion, surmontée d'un rein gauche muet.

En septembre 1961 cystectomie totale avec remplacement immédiat de la vessie par du colon.

Dix jours plus tard, éviscération, fistule stercorale et décès malgré un anus iliaque gauche.

Obs. 147 - Monsieur B... Raymond, âgé de 59 ans (dossier N° 8.575)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant largement la paroi vésicale.

Télécobalt : 5.800 R. puis cystectomie totale avec colo-plastie sigmoïdienne immédiate.

Au début le malade est traité de 1958 à 1960 pour une papillomatose vésicale récidivante malgré les résections endoscopiques.

Une nouvelle récidive fait pratiquer de juillet à septembre 1960 une irradiation par télécobalt totalisant 5.800 R.

Une récidive tumorale hémorragique impose une cystectomie totale le 17/1/1961 (opérateur R. COUVELAIRE) colo-plastie sigmoïdienne immédiate.

Les suites sont simples.

Pendant cinq moïs le fonctionnement des deux reins et de la néovessie sont excellents. Aucun résidu vésical après miction. Les cavités rénales ne sont pas dilatées par l'U.I.V.

Mais à partir de cette date la paroi se désunit, les anastomoses urinaires lâchent et le malade meurt dans un tableau cachectique.

Obs. 150 - Monsieur V..., âgé de 52 ans (dossier Necker N° 9.229)

Carcinome vésical envahissant la musculeuse

Cystectomie totale et colo-plastie immédiate avec le sigmoïde.

M. V... est hospitalisé pour hématuries récentes, dysurie et images radiographiques caractéristiques d'une tumeur vésicale, d'un diverticule vésical droit et d'un calcul de vessie.

Examen : corpulence, bon état général, pas d'infiltration pelvienne.

U.I.V. : bons reins, refoulement de l'uretère droit en dedans et lacune vésicale.

Cystoscopie : dans les minutes précédant l'opération. Tumeur sphacélique droite. Semis alentour. Un calcul vésical.

Opération : le 26 mai 1961 (professeur R. COUVELAIRE)
Extra péritonisation vésicale, recherche des uretères, ouverture vésicale : aspect de tumeur maligne avec semis alentour. Cystectomie totale gardant l'apex prostatique, greffon sigmoïdien de remplacement,

Suites opératoires simples malgré une suppuration pariétale.

Histologie : carcinome vésical exophytique envahissant la musculeuse. Administration de cytostatique. Sent le besoin d'uriner mais ne peut se contrôler, contrôle diurne au bout de trois semaines.

Obs. 153 - Madame B..., âgée de 39 ans (dossier G. N° 2.167)

Epithelioma paramalpighien très prolifératif

Cystectomie totale et colo-plastie immédiate

Le 30 avril 1959. Exérèse par voie transvésicale au bistouri électrique de deux gros foyers papillaires.

Histologie : épithélioma paramalpighien très prolifératif.

Le 1er octobre 1960. Les hématuries ayant réapparu, une cystoscopie montre une tumeur papillaire à foyers multiples : pas d'infiltration clinique, discrète dilatation urographique de l'uretère pelvien droit.

Le 11 mars 1961, opération (A. MOULONGUET)

Cystectomie totale sans curage ganglionnaire, mais dans le but de préserver la continence, on garde juste l'orifice cervical avec un demi-centimètre de muqueuse vésicale de l'orifice cervical.

Remplacement immédiat de la vessie par un segment isolé de côlon sigmoïde.

Anastomose de ce greffon en V au col vésical restant en deux plans ; anastomose urétéro-colique en deux plans.

Suites opératoires : grande simplicité du point de vue urologique. Ablation des sondes le vingt et unième jour après l'intervention ; les mictions se produisent toutes les trois heures, le besoin de miction est annoncé par une douleur hypogastrique à type de réplétion.

Pas d'incontinence : une seule miction nocturne.

Sortie du service le 28 avril 1961.

Obs. 154 - Monsieur N... Albert, âgé de 60 ans (P. 6.123)

Carcinome différencié envahissant le muscle vésical.

Cystectomie totale et remplacement immédiat de la vessie par le caecocolon ascendant.

Consulte le 6 mai 1961 pour cystite et hématuries répétées apparues depuis trois mois.

Examen : urines troubles. Bon état général.

T.R. : prostate normale.

U.I.V. : reins normaux. Stase urétérale pelvienne gauche. Lacune vésicale homolatérale. Irradiation par Rx : 3500 r.

Vingt sept mois de cytostatiques (intraveineux et per os).

7 avril 1961, opération (Professeur R. COUVELAIRE)

Cystectomie totale après cystoscopie confirmant la présence d'une gros-

se tumeur sphacélique perceptible sous anesthésie au T.R. combiné au palper. Cystectomie facile emportant la base prostatique. Pneumatose kystique du grêle et côlon gauche court conduisent à remplacer la vessie par la caeco-côlon droit après iléo-transversostomie termino-latérale. Extra-péritonisation de l'anastomose caeco-prostatique. Drainage périnéal.

Pièce opératoire : tumeur nécrotique sessile infiltrant le muscle 3 cm x 4 cm. Carcinome indifférencié.

Suites opératoires simples. Sortie le 5 juin 1961. Perception du besoin d'uriner. Continence diurne, deux heures et demi. Réveils nocturnes : 4.

Obs. 157 - Monsieur V... Lucien (dossier 9.329)

Carcinome différencié de la vessie envahissant la musculeuse.

Traité par cystectomie totale avec remplacement immédiat de la vessie par le colon sigmoïde.

Une endoscopie vésicale faite à l'occasion d'hématuries et de cystite découvre une volumineuse tumeur de la calotte vésicale. Elle ne se sent pas au T.R., ne retentit pas sur le fonctionnement du haut appareil urinaire ; l' l'urée sanguine est à 0,56 g pour 1.000. L'état général est bon avec une numération globulaire rouge à 4.460.000.

Le 26 mai 1961 : cystectomie totale avec remplacement immédiat de la vessie par du côlon sigmoïde. La prostate a été coupée au-dessus du veru montanum, et la brièveté du côlon gauche a nécessité un décollement de l'angle gauche du côlon.

Les suites opératoires sont simples, malgré une embolie pulmonaire.

Revu un an plus tard cet opéré va bien. Peut retenir 140 cm3 d'urine. Alors que la nuit il est incontinent et doit porter une pince à verge.

Deux mictions nocturnes, ressent le besoin d'uriner "comme avant", les mictions sont faciles avec parfois un temps de latence au départ. Depuis son intervention l'opéré vit sous furadoïne, n'a jamais eu de poussée infectieuse. N'a pas repris officiellement son travail mais mène une vie active.

Les érections sont possibles, mais l'éjaculation est très douloureuse. Le contrôle de son équilibre hydro-électrolytique et du fonctionnement par urographie sont en cours actuellement.

TUMEURS MALIGNES "EN SURFACE"

Obs. 106 - Monsieur D... Robert, âgé de 47 ans (dossier N° 7.447)

Epithélioma papillaire de la vessie envahissant les couches superficielles de la musculeuse.

Traité par cystectomie totale avec remplacement immédiat de la vessie par le sigmoïde.

Une histoire clinique vieille de 10 ans précède la récidive diffuse des foyers papillaires qui motive la cystectomie totale.

Electrocoagulations multiples et une cystectomie partielle n'empêchent pas la récidive, l'urée sanguine est à 0,36 g °/$_{oo}$. U.I.V. : stase urétérale droite ; lacune vésicale gauche sur le cystogramme de sécrétion. En endoscopie un semis de foyers papillaires surtout développés sur la moitié inférieure du trigone et le col.

L'état général est excellent.

Le 20/10/1959 : opérateur R. COUVELAIRE).
Cystectomie totale. Substitution de la vessie par le côlon sigmoïde. Le greffon colique est implanté sur l'apex prostatique en latéro-terminal et les uretères implantés dans chaque extrémité du greffon lequel se trouve ainsi avoir une forme de V.

Les suites opératoires sont simples. La sonde urétrale enlevée le 25ème jour.

Deux jours plus tard, l'opéré ressent le besoin d'uriner. Continent de jour comme de nuit. Pollakiurie nocturne à 2.

Malheureusement cette continence nocturne ne dure pas. Si le jour cet

homme peut se retenir d'uriner pendant 3 heures, la nuit par contre il est condamné à l'urinal à demeure.

Revu un an plus tard : l'urée sanguine était à 0,40 g °/₀₀, l'U.I.V. montrait une dilatation modérée et symétrique des voies urinaires supérieures. Les urines étaient pyuriques. Enfin le déséquilibre ionique léger dans le sens d'une acidose hyperchlorémique.

Deux ans plus tard, (en octobre 1961) dysurie transitoire par calcul vésical émis spontanément. Le chlore sanguin est à 109 mEq l'urée sanguine est à 0,97 g °/₀₀.

Les divers examens radiologiques, U.I.V., cystographie, urétrographie, objectivaient une sécrétion rénale satisfaisante, avec une régression considérable du volume des cavités excrétrices en comparaison de l'urogramme fait un mois après l'opération. La vessie contient 175 ml sans reflux. La jonction greffon urètre est parfaitement perméable.

Actuellement ce malade vit en permanence sous désinfectants urinaires, pour prévenir des poussées de pyélonéphrite fébrile apparaissant de temps à autre. La continence n'a en rien changé. Le besoin de miction est ressenti sous forme de colique hypogastrique en barre. L'impuissance génitale est totale. L'asthénie permanente l'a empêché de reprendre son métier. Mais, à l'examen il n'y a aucun signe de récidive.

Obs. 148 - Monsieur D... Amadou, âgé de 29 ans (dossier N° 9.499)

Carcinome épidermoïde envahissant la sous muqueuse, affleure les couches musculaires sans les envahir. Cancer bilharzien.

Traité par cystectomie totale avec colo-plastie sigmoïdienne.

La tumeur vésicale annoncée par des hématuries et une cystite est facilement mise en évidence et sur le cystogramme de sécrétion et en cystoscopie : elle occupe les 3/4 droits de la vessie. Stase urétéro-pyélocalicielle droite, distension de l'uretère pelvien gauche.

L'état général est précaire, car le malade a perdu 18 kilos en 5 mois.

Le 28/7/1961. Cystectomie totale (opérateur R. COUVELAIRE) enlevant le bloc séminal, conservant l'apex prostatique. Colo-plastie sigmoïdienne immédiate.

Les suites sont simples.

Il est revu en septembre. Continent le jour, retenant bien ses urines durant une demi-heure, ressentant le besoin d'uriner. La nuit il est incontinent. Le transit digestif normal.

Deux mois plus tard les mictions s'espacent toutes les deux heures.

Et à l'U.I.V. il ne persiste qu'un léger retard de sécrétion à gauche.

Obs. 155 - Monsieur Fal..., âgé de 48 ans (dossier P. 6.947)

Carcinome vésical différencié envahissant la sous muqueuse

Cystectomie totale colo-plastie immédiate.

M. F... est adressé au Professeur R. COUVELAIRE en juillet 1961 pour hématuries répétées depuis plusieurs mois.

Cystoscopie : multiples tumeurs vésicales papillaires.

Examen : bon état général, urines hématiques.

T.R. : prostate normale, vessie perçue mais sans infiltration.

U.I.V. : bons reins. Images lacunaires vésicales multiples et distension de l'uretère droit.

Juillet 1961 : opération (Professeur R. COUVELAIRE)
Cystectomie totale avec conservation de la prostate et du bloc séminal. Remplacement immédiat de la vessie par le côlon sigmoïde. Drainage périnéal.

Suites opératoires simples.

Examen histologique (NEZELOF) : carcinome vésical différencié envahissant la sous-muqueuse.

Obs. 156 - Monsieur G. Albert, âgé de 46 ans (dossier P. 6.814)

Carcinome anaplasique de la vessie envahissant la musculeuse

Cystectomie totale et colo-plastie immédiate.

M.G..., est adressé au Professeur R. COUVELAIRE le 27 avril 1961 pour hématuries répétées dont la première date de juillet 1960.

Traitement antimitotique sans aucun résultat probant en Suisse.

Examen : urines hématiques.

T.R. : perception d'une induration sus-prostatique gauche.

U.I.V. : rein droit normal. Rein gauche et uretère gauche, trop belle image, lacune vésicale irrégulière.

V.S. : 19 - 43.

Opération le 3 mai 1961 (Prof. R. COUVELAIRE) : cystectomie totale et remplacement immédiat de la vessie par un greffon sigmoïdien.

Coupe prostatique laissant l'apex. Gros cancer infiltrant en cratère, 5 cm x 5 cm, proche de l'orifice urétéral gauche. Ce carcinome épidermoïde très anaplasique envahit la musculeuse (Professeur agrégé NEZELOF).

Suites opératoires simples : continence nulle le premier mois (pince à verge). Continence en position couchée, puis continence de jour les mois suivants.

TUMEURS BENIGNES

Obs. 63 - Monsieur B. C..., âgé de 61 ans (dossier Necker 6.416)

Papillomatose diffuse histologiquement bénigne.

Cystectomie totale et colo-plastie immédiate.

Entre dans le service le 18 décembre 1958 pour cystite et dysurie. Le début de sa maladie remonte à mars 1957 : hématurie et lombalgies droites.

Juin 1957 : néphro-urétérectomie droite pour polypose du bassinet, de l'uretère et de la vessie plus cystectomie partielle, mais persistance des troubles. Neuf coagulations endoscopiques pour récidive papillaire vésicale;

U.I.V. : le 20 décembre 1958 : (J. AUVERT) nombreux papillomes disséminés dont un gros à 9 heures. Le col lui-même est encombré de végétations papillaires. En uréthroscopie, les lésions ne descendent pas plus loin que le veru qui est intact.

Le 31 décembre 1958, opération (J. AUVERT) prostato-cystectomie totale pour épithélioma papillaire récidivant à foyers multiples.

Vessie de substitution immédiate avec le côlon sigmoïde. Médiane pubo-ombilicale. Isolement de l'anse sigmoïde de 15 cm de long ; rétablissement de la continuité par suture termino-terminale.

L'uretère gauche est implanté dans le greffon colique près de son extrémité supérieure en deux plans sur sonde urétérale N° 13. Le bout supérieur du greffon est refermé en deux plans au catgut. Extra-péritonisation de la vessie en conservant le péritoine de la calotte ; cystectomie totale coupant la prostate au-dessus du veru et laissant en place les vésicules séminales. Ablation d'un petit adénome prostatique. Anastomose du bout dis-

tal du greffon à la section prostatique en deux plans au catgut. Greffon extra-péritonisé grâce au péritoine de la calotte ; une sonde uréthrale monte dans le greffon.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires bonnes. Au dixième jour, ablation de la sonde urétérale gauche. Ablation de la sonde uréthrale au vingtième jour, mais incontinence intermittente. Des coliques précèdent et annoncent la miction, la capacité vésicale est de 150 cm3. Le jet est normal.

Au quarante-deuxième jour, le malade quitte le service.

Le 12 février 1959, revu en bon état général.

Incontinence nocturne, résidu vésical 50 cm3.

U.I.V. : bonne sécrétion du rein unique à cinq minutes ; réplétion du greffon en vingt-cinq minutes greffon rempli en une heure.

Le 22 septembre 1959 bon état général, continence diurne correcte, mais besoin impérieux toutes les deux heures. Incontinence la nuit.

Examen histologique de la pièce : prolifération papillomateuse extrêmement étendue de la vessie, mais bien limitée à la muqueuse sans anomalie nucléaire.

Obs. 100 - Monsieur C... Bartolo, âgé de 60 ans (dossier N° 6.417)

Papillomatose pyélo-urétéro-vésicale. Traitée successivement par néphro-urétérectomie totale droite puis par cystectomie totale avec remplacement immédiat de la vessie par du colon sigmoïde.

Comme dans presque toutes les tumeurs de vessie la maladie commence par une hématurie.

Pendant quelques années, des électrocoagulations répétées neuf fois par voie endoscopique ne parviennent pas à enrayer les récidives. En 1957, néphro-urétérectomie totale avec cystectomie partielle à droite pour papillomes disséminés dans toute la voie urinaire supérieure droite et la corne vésicale homolatérale.

Quelques mois plus tard une endoscopie de contrôle découvre la récidive diffuse sur toute la vessie et sur l'urètre postérieur sus-montanal.

U.I.V. : normale à gauche,

Le 31/12/1959 (opérateur J. AUVERT)

Prostato-cystectomie totale en amont du veru montanum laissant en pla-

ce les vésicules séminales. Remplacement immédiat par 15 cm de colon sig moïde. Le bout supérieur est fermé en deux plans au catgut. Le bout inférieur amarré en deux plans au catgut à la prostate. L uretère sectionné obliquement est anastomosé à la muqueuse intestinale muqueuse à muqueuse.

L'opéré quitte le service 40 jours plus tard, le 12 février 1959 urinant 10 à 11 fois le jour, la capacité vésicale étant de 150 ml environ. De nuit l'incontinence est totale.

A l'U.I.V. le seul rein restant sécrète bien à cinq minutes, l'uretère est normal. Le greffon commence à s'injecter à 25 minutes et parait rempli au bout d'une heure.

En cystographie, reflux discret dans l'uretère et le rein gauche.

Plus d'un an plus tard, le 8/4/1960 une récidive de polypes sur l'urètre est traitée par résection endoscopique. L'U.I.V. retrouve alors quelques mois plus tard une morphologie normale.

Nouvelle récidive un an plus tard en janvier 1961, et une autre quelques mois plus tard sur le col, necessitant chaque fois une résection endoscopique.

Les contrôles histologiques se sont toujours avérés bénins sauf le dernier. "Le groupement irrégulier des masses épithéliales et l'envahissement des fibres musculaires suffit à affirmer la malignité".

Revu quelques mois plus tard, soit presque deux ans après la cystectomie totale, ce malade allait parfaitement bien, continent le jour avec une U.I.V. normale.

Seule le gêne la présence de mucus dans les urines et l'incontinence nocturne.

Il reste à la merci d'une récidive urétrale peut être maligne.

Obs. 117 - Monsieur L... Auguste, âgé de 63 ans (dossier 6.851)

Papillomatose récidivante de la vessie histologiquement bénigne.

Traitée par cystectomie totale et remplacement immédiat de la vessie par un greffon colique sigmoïdien.

En 1959, une cystite avec dysurie viennent révéler une récidive de tumeurs vésicales traitées depuis 9 ans par résection endoscopique et cystectomie partielle en 1950.

La cystoscopie révèle une multitude de tumeurs papillaires recouvrant comme un tapis la moitié gauche de la vessie. L'oblitération de l'O.U.G. par plusieurs petits polypes explique le retentissement unilatéral à l'U.I.V.

L'urée sanguine est à 0,41. L'état général est bon.

Le 17/11/1959 cystectomie totale avec remplacement immédiat de la [illegible] un greffon colique sigmoïdien (opérateur R. COUVELAIRE).

Seize mois plus tard en février 1961, l'opéré est toujours incontinent de jour comme de nuit.

En U.I.V. ces deux reins sécrètent dès la 5ème minute. Le greffon s'opacifie à la quinzième minute. Bassinets et calices sont légèrement distendus mais conservent une excellente motilité : après miction, les voies urinaires supérieures retrouvent une finesse de rein normal.

Un an plus tard ce malade est continent le jour durant environ une heure et demi à deux heures. Le besoin de miction est ressenti sous forme de petites brûlures hypogastriques, qui n'ont rien de comparable avec un besoin normal d'uriner, mais qui sont rattachées à ce besoin. La nuit l'incontinence est totale elle oblige à dormir avec un urinal. Il n'y a jamais eu de poussée infectieuse, aucune dysurie, le transit digestif est normal. A conservé une excellente activité physique.

Obs. 124 - Monsieur G... Charles, âgé de 59 ans (dossier 7.772)

Papillomatose récidivante de la vessie.

Traitée par cystectomie totale et coloplastie sigmoïdienne immédiate.

Des récidives hémorragiques de papillomes vésicaux pendant trois ans finissent par imposer une cystectomie totale le 30/1/1960 (opérateur J. AUVERT).

Colo-plastie immédiate avec le colon sigmoïde. Les uretères implantés dans le colon directement par une suture bord à bord.

Une désunion de l'anastomose colo-colique entraine une péritonite. Malgré une réintervention l'opéré meurt le 6/2/1960.

Obs. 126 - Monsieur C... Marcel, âgé de 50 ans (dossier N° 8.161)

Volumineux papillome vésical, histologiquement bénin.

Cystectomie totale avec colo-plastie sigmoïdienne immédiate.

Papillomatose récidivante traitée par résection endoscopique en 1953, 1955, 1957. Trois ans plus tard nouvelle récidive, mais diffuse cette fois et très hémorragique (numération globulaire rouge à 1.970.000).

L'urée sanguine est à 0,31 g 0/00.

Stase urétérale pelvienne bilatérale sur les U.I.V.

Le 31/5/1960 : cystectomie totale avec remplacement immédiat par le colon sigmoïde (opérateur R. COUVELAIRE).

Une fistule stercorale finit par guérir spontanément. Deux mois plus tard l'état fonctionnel est assez curieux. En dehors du besoin d'uriner le malade peut pisser volontairement et interrompre son jet s'il le désire. Mais, si la réplétion du greffon en arrive à éveiller la sensation de besoin, tout contrôle devient impossible.

Un an et demi plus tard il donnait de ses nouvelles se déclarant satisfait.

Obs. 132 - Monsieur P... Marcel, âgé de 53 ans (dossier N° 7.606)

Papillomatose diffuse récidivante de la vessie histologiquement bénigne.

Cystectomie totale et colo- plastie immédiate.

Polypes vésicaux hémorragiques traités pendant 3 ans par électro-coagulations endoscopiques et une résection à vessie ouverte.

Une nouvelle récidive couvrant toute la moitié gauche de la vessie, sans retentissement sur le haut appareil urinaire, s'impose.

Le 12/1/1960 une cystectomie totale avec colo-plastie immédiate amarrée à l'apex prostatique.

Revu deux ans plus tard en mars 1962 l'état fonctionnel est tout à fait satisfaisant. De jour les mictions annoncées par un besoin "normal" se font toutes les 2 à 3 heures ; chaque miction commence par l'émission d'un d'un bouchon de mucus, puis plusieurs mn. sont nécessaires pour vider la vessie, sans pour autant que l'opéré soit obligé de pousser. Si besoin est, les mictions peuvent être davantage espacées, et les urines peuvent être retenues malgré le besoin, mais alors apparaissent des lombalgies droites. La nuit, l'incontinence oblige à dormir avec un urinal.

Des poussées infectieuses aigues avec fièvre à 40°, frissons, se sont répétées toutes les semaines pendant 3 mois. Depuis tout phénomène infectieux a disparu.

L'impuissance génitale est totale.

L'asthénie importante ; le malade ne travaille pas estimant être diminué de 70 % dans ses possibilités physiques. L'examen clinique est normal.

En U.I.V., si le rein droit sécrète dès 5 minutes, commence à se vider à la 25ème minute, il est distendu tout en conservant l'aspect cupuliforme des calices.

Le rein gauche est muet.

Le malade est actuellement réhospitalisé.

Obs. 136 - Monsieur D. M..., âgé de 51 ans (dossier P. 6.302)

Papillome bénin de la vessie.

Cystectomie totale et colo-cystoplastie sigmoïdienne immédiate.

Consulte le Professeur R. COUVELAIRE le 16 janvier 1960, pour des hématuries incessantes datant de plusieurs années avec une pollakiurie toutes les heures et une incontinence nocturne. Le début des troubles remonte à 1952 par des hématuries qui avaient fait découvrir un "polype vésical".

En 1952, taille pour polype.

En 1953, électrocoagulation endoscopique pour récidive sur la cicatrice.

En 1956, nouvelle taille pour polype.

En 1957, troisième taille.

En 1958, quatrième taille (Dr P. ABOULKER). L'examen histologique (Dr CHOME) prouve qu'il s'agit d'un polype bénin degré 0 de Jewet.

Avril 1959, première U.I.V. qui montre une grosse stase à droite, un uretère gauche dilaté et des images lacunaires vésicales.

Décembre 1959, reprise des hématuries. Une nouvelle urographie montre un rein droit muet, un rein gauche en distension débutante et de multiples lacunes vésicales.

Examen : urines troubles

T.R. : prostate plate sans induration du plancher vésical. Urée : 0,46. Bon état général.

Opération le 5 février 1960 (Professeur R. COUVELAIRE)
Médiane sous-ombilicale, dissection sous-péritonéale laborieuse due aux cicatrices des interventions antérieures ; gros uretère droit distendu contenant de l'urine louche ; il n'a pas été constaté de ganglions pelviens d'allure pathologique, le foie est normal ; on pratique une cystectomie totale avec coupe prostatique laissant en place l'apex, le remplacement de la vessie est assuré immédiatement par un greffon sigmoïdien anastomosé à l'apex et recevant les deux uretères.

Drainage périnéal, suites opératoires simples.

Examen histologique : tumeurs papillaires multiples rappelant la papillomatose diffuse. Pas de signes de malignité malgré l'extrême densité de la population cellulaire.

Mictions : continence diurne mais incontinence nocturne.

Décembre 1960 : petites hématuries.

Uréthrocystoscopie : languette papillaire sur l'urèthre près du néocol. Electro-coagulation.

Remarquable résultat urographique : récupération du rein droit et amélioration franche de la distension des voies excrétrices, du côté gauche.

Obs. 80 - Monsieur B. C... âgé de 59 ans (dossier Necker 6.616)

Papillomatose diffuse histologiquement bénigne.

Cystectomie totale et colo-plastie immédiate.

Entre dans le Service le 18 décembre 1959 pour cystite et dysurie. Le début de sa maladie remonte à mars 1958 : hématurie et lombalgies droites.

Juin 1958 : néphro-urétérectomie droite pour polypose du bassinet, de l'uretère et de la vessie plus cystectomie partielle, mais persistance des troubles. Neuf coagulations endoscopiques pour récidive papillaire vésicale.

U.I.V. le 30 décembre 1959 : rein gauche normal ; pas de tumeur papillaire visible.

Cystoscopie le 31 décembre 1959 : (J. AUVERT) nombreux papillomes disséminés dont un gros à 9 heures. Le col lui-même est encombré de végétations papillaires. En uréthroscopie, les lésions ne descendent pas plus loin que le veru qui est intact.

Le 31 décembre 1959, opération (J.AUVERT) prostato-cystectomie totale pour epithélioma papillaire récidivant à foyers multiples.

Vessie de substitution immédiate avec le côlon sigmoïde. Médiane pubo-ombilicale. Isolement de l'anse sigmoïde de 15 cm de long ; rétablissement de la continuité par suture termino-terminale en un plan au lin. Dissection de l'uretère iliaque gauche normal. Uretère implanté dans le greffon colique près de son extrémité supérieure en deux plans sur sonde urétérale N° 13. Le bout supérieur du greffon colique est refermé en deux plans au catgut. Extra-péritonisation de la vessie en conservant le péritoine de la calotte ; cystectomie totale coupant la prostate au-dessus du veru et laissant en place les vésicules séminales. Ablation d'un petit adénome prostatique. Anastomose du bout distal du greffon à la section prostatique en deux plans au catgut, greffon extra-péritonisé grâce au péritoine de la calotte ; une sonde uréthrale monte dans le greffon.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires bonnes. Au dixième jour, ablation de la sonde urétérale gauche. Ablation de la sonde urethrale au vingtième jour, mais incontinence intermittente. -Des coliques précèdent et annoncent la miction, la capacité vésicale est de 150 cm3. Le jet est normal.

Au quarante-deuxième jour, le malade quitte le service.

Le 12 février 1960, revu en bon état général.

Incontinence nocturne, résidu vésical 50 cm3.

U.I.V. : bonne sécrétion du rein unique à cinq minutes : réplétion du greffon en vingt-cinq minutes greffon rempli en une heure.

Le 22 septembre 1960 bon état général, continence diurne correcte, mais besoin impérieux toutes les deux heures. Incontinence la nuit.

Examen histologique de la pièce : prolifération papillomateuse extrêmement étendue de la vessie, mais bien limitée à la muqueuse sans anomalie nucléaire.

CONCLUSIONS

La cystectomie totale pour tumeur reste une opération grave par elle-même et grave par la maladie qui la justifie. La façon de la terminer conditionne le pronostic vital.

L'analyse de 157 observations nous permet de formuler les conclusions suivantes :

I - Terminer une cystectomie totale pour tumeur par une implantation urétéro-colique comporte à brève et à longue échéance des risques considérables, surtout chez l'homme. Le taux de la mortalité est impressionant au point de la rendre illogique lorsque, le cancer vésical étant jugé curable, une survie de longue durée est escomptée. Les complications immédiates et plus encore le danger d'insuffisance rénale à long terme est tel qu'un autre mode de dérivation urinaire doit lui être préféré. A cet égard, nous apportons une observation tout à fait démonstrative : la guérison carcinologique étant obtenue depuis 10 ans et cet opéré mourut d'une insuffisance rénale qui eut été évitable si la cystectomie totale avait été terminée d'une autre manière.

Chez la femme l'implantation urétéro-colique garde quelques indications. Parce que l'opération y est dans les suites immédiates moins grave, parce que les conditions psychologiques sont meilleures que chez l'homme, et parce que sauf rarissime exception, le retour du flux urinaire par les voies naturelles est impossible. La femme qui, subit une implantation urétéro-colique devra être suivie attentivement et longtemps (dosage de la réserve alcaline, du chlore sanguin et urographies intra-veineuses). L'hyperazotémie avec acidose hyperchlorémique, la lithiase rénale infectée et la surpression des cavités excrétrices peuvent imposer le retour à l'urétérostomie cutanée directe ou trans-intestinale.

II - Terminer la cystectomie totale par implantation cutanée directe des uretères reste une solution expéditive et simple qui a rendu et rendra de grands services, mais elle ne comporte pas les avantages d'une urétérostomie cutanée indirecte avec chambre de réception des uretères (vessie iléale ou sigmoïdienne ou caecale) qui sont : l'orifice urinaire contre nature unique, l'appareillage plus facile, la protection rénale meilleure, enfin, le raccord ultérieur possible à l'urèthre chez l'homme.

L'indication de l'urétérostomie cutanée trans-intestinale définitive relève donc soit de l'abandon de tout espoir de continence, soit de l'échec d'une irradiation à haute énergie dépassant 4000 r/tumeur qui modifie trop profondément la trophicité des organes pelviens pour oser les anastomoses d'un greffon intestinal de remplacement.

III - Terminer une cystectomie totale par le remplacement de la vessie et le rétablissement normal du cours des urines, représente la meilleure solution actuellement connue chez l'homme pour les tumeurs bénignes récidivantes graves qui mettent en jeu le pronostic vital (hémorragies répétées, insuffisance rénale progressive) et pour les tumeurs malignes au stade I, II ou - même III de leur évolution.

La facilité de son exécution et la simplicité des suites exigent que le pelvis n'ait pas préalablement reçu une irradiation de haute énergie à trop forte dose. Elle ne convient donc qu'aux bons cas préalablement traités par chimiothérapie antimitotique ou n'ayant reçu qu'une dose de rayonnement inférieure à 4000 r.

IV - Terminer une cystectomie totale par telle ou telle autre dérivation des urines cesse d'être le problème majeur en des circonstances précises où il convient d'avoir préparé la cystectomie totale car les risques de son exécution immédiate sont prohibitifs quand :

1 - l'insuffisance rénale, ou sans elle encore la distension bilatérale des voies excrétrices ou même la mutité unilatérale d'un rein avec distension de l'autre côté, indiquent la dérivation première. Entre l'urétérostomie cutanée directe et l'urétérostomie cutanée trans-intestinale ; le chiffre de l'azotémie n'est pas un argument formel de choix, tandis que l'état général, l'âge et la corpulence de l'opéré pèsent d'un poids légitime.

2 - le cancer infiltrant et fixé rend la chirurgie grave et inopérante.

Quelques résultats remarquables ont été obtenus sous l'influence de l'irradiation préalable. La tumeur vésicale régresse ou disparait.

L'irradiation trans pariétale parait donner un plus faible pourcentage de stérilisation tumorale que l'irradiation locale. D'autre part l'irradiation locales (aiguilles de radium ou source radioactive endocavitaire) laisse la possibilité d'une cystectomie totale ultérieure suivie de remplacement du réservoir.

Lorsque l'irradiation est restée inefficace, la vessie exclue mal tolérée (douleurs, hématurie) peut imposer une cystectomie totale de propreté. Ne plus avoir le souci de "la terminer" en aura rendu l'exécution exempte de danger, et chez la femme la voie vagino-périnéale rend d'inappréciables services. Nous apportons quelques exemples réconfortants de cette éventualité en trois temps : exclusion, irradiation, cystectomie totale dernière.

Savoir terminer une cystectomie totale ne représente donc qu'une partie du problème capital de la dérivation urinaire après cette opération. Il faut en des circonstances précises savoir la préparer. Et ces circonstances demeureront nombreuses si le cancer vésical au stade initial de son développement reste soumis à des traitements incapables de le guérir.

Vu, le Président de Thèse
Professeur R. COUVELAIRE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABESHOUSE (B.S.), ABESHOUSE (G.)

Endometriosis of urinary tract : Review of literature and report of four cases of vesical endometriosis. J. Internat. Coll. Surgeons 1960, 34 : 43-63.

2 - ALBARRAN (J.)

Ann. Mal. org. gen-urin. 1897, 15 : 785.

3 - ALBARRAN (J.)

Les tumeurs de vessie. Thèse Paris 1892.

4 - ALGAZI (A.)

Contribution à l'étude histologique, diagnostique et thérapeutique des tumeurs épithéliales primitives de la vessie. Thèse Paris 1956.

5 - ANNIS (D.), ALEXANDER (M.R.)

Differential absorption of electrolytes from the large bowel in relation to uretero sigmoidostomy. The Lancet, 1952, 263 : 603.

6 - ANNIS (D.), HUNTER (W.R.), WELLS (CH.)

Ureteric transplantation into isolated length of ileum. The Lancet, 1953 : 1172-1176.

7 - ANNIS (D.), HUNTER (W.R.), WELLS (CH.)

The use of an isolated length of ileum as a urinary channel. Brit. J. Surg. 1954-1955, 42 : 290.

8 - APPLEBY (L.)

Procto-cystectomy. J. Surg. 1950, 79 : 57

9 - BADENOCH (A.W.)

Carcinoma of bladder. Practitioner. June 1959, 182 : 711-718

10 - BAKER (W.J.), GRAF (E.C.)

La méthode de diversion urinaire par le conduit iléal. J. of Urol. Juin 1956, 75 : N°6 : 950-960

11 - BARNES (R.W.), HILL (M.R.), Sr HILL (M.R.) Jr, HILL (J.T.)

Urinary diversion through isolated rectal bladder with intra-sphincteric colostomy. 1958, Dis. colon and rectum I : 485-490

12 - BARRINGER (B.S.)

Five year control of bladder cancers by radon implants. J.A.M.A. 1942, 120 : 909-911

13 - BAUN (W.C.)

Use of terminal ileum as substitute bladder. J. of Urol. 1954, 72 : 16-33.

14 - BEER (E.)

Some remarks on five years cures in malignan tumors. Surg. Gynec. and Obst. 1935, 60 : 479-480.

15 - BERGLIN et MATHISEN

Les troubles de l'équilibre des électrolytes du sang à la suite de l'anastomose urétéro-intestinale. Acta Chirurgia Scandinavica, 1952, 104 : 130.

16 - BISGARD (J.D.)

Substitution of the urinary bladder with a segment of sigmoid. Ann. Surg. 1943, 117 : 106.

17 - BOEMINGHAUS (H.)

Cystektomie für Blasenkrebs (G. Theme Verlag, Stuggart 1951) J.Urol. 1951, 57 : 757-760.

18 - BOEMINGHAUS (H.)

Méthodes et indications de la dérivation des urines. Langenbecks Arch. Klin. Chir. 1956, 284 : 595-607.

19 - BOHNE (A.), WAITE

Present status of surgical procedures for uretero enteric anastomosis. J. Urol. 1953, 70 : 581-587.

20 - BOHNE (A.W.), RUPE (G.E.)

Hyperchloremic acidosis : study of mechanism in uretero sigmoidostomy. Surg. Gynec. and Obst. 1953, 96 : 541-544.

21 - BOHNE (A.W.), OSBORN (R.W.), HETTLE (P.J.)

Regeneration of the urinary bladder in the dog, following total cystectomy. Surgery Gyn. and Obst. 1955, 100, N°3 : 259-264.

22 - BOURQUE (J.P.)

La substitution vésicale par colo-cystoplastie. Journal d'Urol. 1961, 67, N°3 : 122-135.

23 - BOYCE (W.H.)

The absorption of certain constituants of urine from the large bowel of the experimental animal (dog). J. of Urol. 1951, 65 : 241.

24 - BOYCE (W.H.), VEST (S.A.)

The role of ammonic reabsorption in acide base imbalance following ureterosigmoidostomy. J. of Urol. 1952, 67 : 169.

25 - BRICKER (E.M.), BUTCHER (H.R.) Jr, Mc AFEE (C.A.)

Late résults of bladder substitution with isolated ileal segments. Surg. Gynec. Obst. 1954, 99 : 469-482.

26 - BRICKER (E.M.)

Bladder substitution after pelvic-evisceration. S.Clin. North America 1950, 30, 1511-1521

27 - BRICKER (E.M.), EISEMAN (B.)

Bladder reconstruction from caecum and ascending colon following resection of pelvic viscera. Ann. Surg. 1950, 132 : 77-84.

28 - BRICKER (E.M.)

Functionnal results of small intestinal segments as bladder substitutes following pelvic evisceration. Progress Report. Surgery. 1952, 32 : 372-383.

29 - BRICKER (E.M.)

Bladder substitution with isolated small intestinal segments. Progress Report. Ann. Surgery. 1952, 18 : 654-664.

30 - BRICKER (E.M.)

Substitution for the urinary bladder by the use of isolated ileal segments. S. Clin. North America. 1956, 36 : 1117-1130.

31 - BRISSET

Les vessies caecales. Thèse Paris.

32 - BRUNSCHWIG (A.)

Conversion of rectal colon into functionning urinary bladder. Am. J. Surg. 1953, 85 : 801.

33 - BRUNSCHWIG (A.), DANIEL (W.)

Observations on urinary tract four to seven years after total pelvic exenteration and with colostomy. 1955, 142 : 729-738.

34 - BRUNSCHWIG (A.), GREENMAN (R.B.)

Urinary diversion with bladder substitution. Surgery. 1959, 45 : 240-250.

35 - CIBERT (J.), DURAND (L.)

Indications et résultats du traitement des tumeurs malignes de la vessie. Lyon Chir. 1950, 45 : 897-906

36 - CIBERT (J.), ROLLAND (F.)

La cystectomie totale. J. Urol. 1949, 55 : 493.

37 - CIBERT (J.)

Expérimentation de la transplantation intestinale en chirurgie urologique. J. Internat. Coll. Surgeons. 1957, 27, N°4 : 432-437.

38 - COFFEY (R.C.)

Transplantation des uretères dans le gros intestin. Surg. Gyn. Obst. 1928, 47 ; N°5 : 593-621.

39 - COLBY et KERR

Carcinomes. Evaluation of total cystectomy and other methods of treatment. New England J. Med. 1951, 244 : 504-506.

40 - COMTE (H.), BOTTOU (M.), OURADOU (J.)

Premiers résultats éloignés des néo-vessies iléales. (A propos de 45 observations). Mem. Acad. Chir. 1959, 85 ; N° 17-18 : 456-463.

41 - COMTE (H.), BOTTOU (M.), OURADOU (J.)

Indications des néo-vessies sigmoïdiennes, iléales, caecales. Mem. Acad. Chir. 1959, 85 ; N° 1-2-3 : 50-57.

42 - CORDONNIER (J.J.)

Uretero sigmoid anastomosis. J. Urol. 1950, 63 : 276.

43 - CORDONNIER (J.J.)

Earlier cystectomy in carcinoma of bladder. J. Urol. 1954, 71 : 208.

44 - CORDONNIER (J.J.)

Urinary diversion. A.M.A. Archives of Surgery. 1955, 71, N°6 : 818-827.

45 - CORDONNIER (J.J.)

Urinary diversion utilizing an isolated segment of ileum. J. Urol. Déc. 1955, 74 : 789-794.

46 - COUVELAIRE (R.)

La cystectomie totale pour tumeur. 43° Congrès Français d'Urologie 1949.

47 - COUVELAIRE (R.)

L'urétérostomie cutanée n'est plus une infirmité définitive. J. d'Urol. 1953, 59 : 358-376.

48 - COUVELAIRE (R.)

Le réservoir iléal de substitution après la cystectomie totale chez l'homme. J. d'Urol. 1951, 57 : 408-417.

49 - COUVELAIRE (R.)

Chirurgie de la vessie. Monographies chirurgicales. (Collection Henri Mondor). Masson et Cie Edit. 1955

50 - COUVELAIRE (R.), MOZZANI (A.)

Sur les complications de l'irradiation des tumeurs vésicales. J. d'Urologie. 1959, 65 : 871-888.

51 - COUVELAIRE (R.)

Sur les vessies iléales sigmoïdiennes et caecales. Mem. Acad. Chir. 1959, 85, N°6-7 : 184-186.

52 - COUVELAIRE (R.), MAGDER (E.), AUVERT (J.), MOULONGUET (A.), PINAIRE (J.)

La place du greffon intestinal dans le traitement des tumeurs de la vessie. J. d'Urol. et de Néphrologie. 1961, 67, N°7-8 : 440-496

52 bis - PINAIRE J.

La place du greffon intestinal dans le traitement des tumeurs de vessie. Thèse Paris 1960.

53 - CREEVY (C.D.)

Facts about uretero sigmoïdostomy. J. of Urol. 1953, 70 : 196-202

54 - CREEVY (C.D.)

Complications following urinary diversion through segment of ileum. The Lancet, 1957, 77 : 434-438.

55 - DANIEL (O.), SHAKMAN (R.)

The blood supply to human ureter in relation to uretero colic anastomosis. Brit. J. Urol. 1952, 24 : 334.

56 - DEAN (A.L.), MOSTOF (F.K.), THOMPSON (R.V.), CLARCK (M.L.)

A restudy of the first 1400 tumors in the bladder tumor registry. J. of Urol. 1954, 71 : 571-590.

57 - MAC DONALD (D.F.)

Recent contributions to understanding and treatment of bladder tumors. Bull New York Acad. Mars 1960, Med 36 : 164-173.

58 - DRINKER (H.R.),Jr, O'CONNOR (V.J.)

Tumors of the bladder. Survey of 180 patients. J. of Urol. 1954, 72 : 204-210.

59 - DUFOUR (A.)

La cystectomie totale pour cancer de vessie. Journal belge d'Urol. 1948, 16, N°6 : 305. Analysé dans : J. Urol. 1949, 55 : 492-493

60 - DUHAMEL (B.)

Création d'une nouvelle vessie par exclusion du rectum et abaissement rétro-rectal et trans-anal du colon. J. d'Urol. 1957, 63 :925.

61 - DURAND (L.)

Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la vessie. J. d'Urol. 1950, 56 : 136-137.

62 - EISEMAN (E.), BRICKER (E.M.)

Electrolyte absorption following bilateral uretero-enterostomy into an isolated intestinal segment. Ann. of Surg. 1952, 136 : 761-769

63 - EVERETT (H.S.), HILL (H.)

Indication for and results of uretero-intestinal anastomosis in gynecology. Ann. J. Obst. and Gyn. Nov. 1954, 68 : 1279-1290.

64 - FERRIS (D.C.), ODEL (H.M.)

Electrolyte pattern of the blood after bilateral uretero-sigmoidostomy. J.A.M.A., 1950, 142 : 634.

65 - FISH (G.D.), ROCKEY (L.F.)

Total cystectomy with uretero ileo urethral anastomosis. Illinois M.J. 1960, 118 : 169-172

66 - FRANKSSON (C.), GIERTZ (G.)

Ileo-cystoplastiker. Nord Med. 1955, 53 : 666.

67 - GAKSKE (G.L.), SHERMAN (L.A.), TWIDWELL (J.E.), TENNER (R.J.)

Urinary diversion : uretero-sigmoïdostomy with continent preanal colostomy. Minnesota Med. June 1959, 42 : 719-731.

68 - GIERTZ (G.), FRANKSON (C.K.)

Construction of substitute bladder with preservation of urethral voiding after subtotal and total cystectomy. Acta Chir. Scandinav. Avril 1957, 113 : 218-228.

69 - GILCHRIST (R.K.), MERRICKS (J.)

Construction of substitute bladder and urethra. Surg. Clin. North America. 1956, 36 : 1131.

70 - GODARD (H.), KOLIOPOULOS (A.)

La cystectomie totale chez la femme dans le cancer de la vessie. Rev. de Chir. 1932, 70 : 201.

71 - GOODWIN (W.E.), PAGE HARRIS (A.), HAUFMAN (J.J.), M. BEAL (J.)

Open, transcolonic ureterointestinal anastomosis. A new approach. Surgery Gyn. and Obst. 1953, 97 : 295-300.

72 - GREEN (J.L.), WHITMORE (W.F.) Jr.

Experience with simple cystectomy in treatment of carcinoma of bladder. New York J. Med. Dec. 1954, 54 : 3215-3218

73 - GOUVERNEUR (R.), ABOULKER (P)

La cystectomie totale chez l'homme. J. Urol. 1948, 54 : 67-71

74 - GOWING (N.F.C.)

Pathologic changes in bladder following irradiation. Brit. J. Radiol. August 1960, 33 : 484-487.

75 - GRAVES (R.C.), THOMPSON (R.S.)

Total cystectomy for cancer of the urinary bladder. J. of Urol. 1950, 63 : 821-841.

76 - HANLEY (H.)

The emptying mechanism of various ileal loops studied with the X ray Image Amplifier. Brit. J. of Urol. 1956, 28 : 402.

77 - HARADAN, KOYAMA (I.), TSUKAZAKI (Y.), IIDA (Y.), ODA (K.)

An artificial bladder by autotransplantation of the bladder epithelium. J. of Urol. 1959, 81 : N°I : 754-762

78 - HEITZ-BOYER (M.), HOVELACQUE (A.)

Création d'une nouvelle vessie et d'un nouvel urètre. J. d'Urol. 1912, 1 : 237-258.

79 - HIGGINS (C.C.)

Cystectomy for carcinoma. J. of Urol. 1950, 64 : 318-325.

80 - HIGGINS (C.C.)

An evaluation of cystectomy for exstrophy for papillomatosis, and for carcinoma of the bladder. J. of Urol. 1958, 80 : 279-292

81 - HINMAN (F.), WEYRAUCH (H.M.) Jr

A critical study of the different principles of surgery which have been used in uretero-intestinal transplantation. Surg. Gynec. and Obst. 1937, 64 : 313.

82 - HOPEWELL (J.)

Hazards of uretero intestinal anastomosis. Ann. Roy. Coll. Surgeons England, 1959, 24 : 159-184.

83 - HRDLICKA (J.)

Ersatz der Harnblase durch das Sigmoid ohne Störung der normalen Harn und Stull Kontinenz. Zschr. f. Urol. 1955, 48 : 547.

84 - HUNT (J.C.)

The surgical treatment of malignant tumors of the bladder. J.A.M.A. 1928, 91 : 1701-1708.

85 - IRVINE (W.T.), ALLAN (C.), WEBSTER (D.R.)

Prevention of late complication of ureterocolostomy by methods of fecal exclusion. Brit. J. Surg. May 1956, 43 : 650-658

86 - JACOBS (A.)

Résultats éloignés de la transplantation des uretères dans le colon pelvien. Brit. Med. J. 1954, 4875 : 1340-1342.

87 - JEWETT (H.J.), LEWIS (E.L.)

Infiltrating carcinoma curability by total cystectomy. J. of Urol. 1948, 60 : 107-118.

88 - JEWETT (H.J.)

Carcinoma of the bladder : influence of depth of infiltration on the five year result, following complete extirpation of the primary grewth. J. of Urol. 1952, 67 : 672-676.

89 - JEWETT (H.J.)

Simple cystectomy and segmental resection for cancer of bladder. J. of Urol. 1953, 70 : 620-623

90 - JEWETT (H.J.)

The surgical treatment of carcinoma of the bladder. J. of Urol. 1958, 79 ; N°1 : 87-93

91 - JEWETT (H.J.)

Carcinoma of the bladder development and evaluation of current concepts of therapy. J. of Urol. 1959, 82 ; N°1 : 92-100

92 - JEWETT (H.J.)

Carcinoma of bladder : problems in management. Ann. J. Roentgenol January 1959, 81 : 125-129

93 - JOHNSON (T.H.)

Further experiences with a new operation for urinary diversion. J. of Urol. 1956, 76 : 380

94 - JOHNSON (T.H.)

Urinary diversion with voluntary control of feces and urine. Revised operative technic. J. Am. Geriatrics Soc. August 1956, 4 : 751-759

95 - KERR (W.S.), COLBY (F.)

Pelvic lymphadenectomy and total cystectomy in the treatment of carcinoma of the bladder. J. of Urol. 1950, 63 : 842-851

96 - KIEFFER (J.H.), LINKE (CH.)

Uretero rectostomy and preanal colostomy for bladder exstrophy. J. of Urol. 1958, 79 : 242.

97 - KINMAN (L.M.), SAUER (D.), HOUSTON (V.T.), MELICK (W.F.)

Substitution of the excluded rectosigmoïd colon for the urinary bladder. A.M.A. Archives of Surgery. 1953, 66 ; N°4 : 531-537

98 - KRETSCHMER (H.), BARKER (K.)

Regeneration of bladder following resection. J. Am. M. Ass. 1928, 90 : 355.

99 - KROENIG

Die Angleglung eines Anus praetera naturalis zur vermeidung der calipyelitis bei Einpflanzung der Ureteren ins Rectum. Zentralbl. Gynäk. 1907, 31 : 559-561

100 - KUSS (R.)

La colocystoplastie. A propos de 15 cas. J. d'Urol. 1958, T. 64

101 - KUSS (R.)

Colocystoplastie plutôt qu'iléoplastie. Mémoires de l'Académie de Chirurgie. 1958, N° 10-11.

102 - KUSS (R.), DE TOURRIS (M.), GENON (M.)

Une technique de colocystoplastie. Journal de Chirurgie. 1959, 77, N°4 : 423-431

103 - KUSUNOKI (T.), TAKEYAMA (H.), ABE (N.), TAKANO (S.), SUZUKI (A.)

Clinical and experimental studies on electrolyte imbalance after uretero-entero-anastomosis. Urol. Internat. 1956, 2 : 26-38

104 - LAPIDES (J.)

Mechanism of electrolyte imbalance following uretero sigmoïd transplantation. Surg. Gynec. and Obst. 1951, 93 : 691.

105 - LEADBETTER (W.C.), CLARKE (B.G.)

Five years experience with uretero enterostomy by "combined"technic. J. of Urol. Janv. 1955, 73 : 67-82.

106 - MAC LEAN (D.W.), HULL (L.W.), ARMINSKI (T.C.)

The formation of a functional artificial bladder in the human male. A.M.A. Arch. Surgery, 1956, 72 : 456-463.

107 - LEAN (L.D.), TONGEN (L.A.)

Use of ileum in urinary diversion. Minnesota Med. 1960, 43 : 11-15

108 - LEGRAIN (M.)

Troubles humoraux par contact de l'urine et d'une muqueuse intestinale. J. d'Urol. 1955, 61 : 360-372

109 - LEVITSKY (V.)

Transplantation of the ureters into an isolated ampulla of the rectum after total cystectomy. Ann. Journ. of Surgery. 1953, 75 : 91.

110 - LOWSLEY (O.S.), JOHNSON (T.H.)

A new operation for creation an artificial bladder with volontary central of urines and feces. J. of Urol. 1955, 73 : 83.

111 - LUSTER (L.B.)

Post-operative investigations of ileal bladder. Radiology. 1959, 72 211-216.

112 - MALUF N.S.R. (M.S.)

Houston - Texas. Evaluation of three methods of uretero colostomy. Surg. Gynec. and Obst. 1955, 100 : 59-68. Biblio.

113 - MALUF (N.S.)

Behaviour of the recto sigmoïd bladder after radical cystectomy and sigmoïd colostomy. J. of Urol. 1958, 80 : 116.

114 - MATHISEN (W.)

A new method for uretero intestinal anastomosis. Surg. Gynec. and Obst. 1953, 96 ; N°3 : 255.

115 - MATHISEN (W.)

Open-loop sigmoïdo-cystoplasty. Acta Chir. Scand. 1955, 110 : 227.

116 - MAUCLAIRE

De quelques essais de chirurgie expérimentale applicables aux traitements :

a) de l'exstrophie de la vessie,
b) des abouchements anormaux du rectum,
c) des anus contre nature complexes.
Congr. Fr. Chir. 1895, 9 : 546.

117 - MEIGS (J.V.), ULFELDER (H.)

Evolution of uretero intestinal anastomosis in Vincent Memorial Hospital. Am. J. Obst. and Gynec. 1954, 68 ; 1.272-1.278.

118 - MELICK (W.F.), NARYKA (J.J.)

The results of ureteral transplantation to a recto sigmoïd pouch. J. of Urol. 1955, 74 : 47-58.

119 - MELICOW (M.M.)

Tumors of the urinary bladder : a clinico pathological analysis of over 2.500 specimens and biopsies. J. Urol. 1955, 74 : 498-521

120 - MERSHEIMER (W.L.), KOLARSICK (A.J.), KAMMANDEL (H.)

Methods for construction of artificial urinary bladder by implantation of ureters into completely or partially excluded segments of small intestine. Bull. New York M. Coll. 1950, 13 : 71-77

121 - MERRICKS (J.W.), FILSCHRIST (R.K.)

Follow-up on operation for urinary bladder substitution. A.M.A. Arch. Surg. 1957, 74 : 780.

122 - MICHALOWSKI (E.), MODELSKI (W.)

Beitrag zur operativen Bahandlung der Blasenkre bbs. Zschr. Urol. 1957, 50 : 233.

123 - MILES (G.O.), BERRY (N.)

Observations concerning management of the ileal bladder. Cancer. A journal of the Ann. Cancer Society. 1960, 13 ; N°1 : 46-50.

124 - MILLIN (T.)

Discussion du rapport. 43° Congrès Français d'Urol. Paris. Octobre 1949.

125 - MILLIN (T.)

Anastomose uretero-colique. J. d'Urol. 1949, 55 : 841-850.

126 - MILLIN (T.), MASINA (F.)

Total cystectomy : a consideration of the technic. B.J.Urol. 1949, 21 108.

127 - MILNER (W.A.), GARLICK (W.B.)

Treatment of tumors of bladder. Past and present. South African M.J. 1959, 33 : 105-108

128 - MURPHY (J.J.)

Bladder substitutes. Am. J. M. Sc. 1956, 231 : 212-217

129 - NESBIT (R.M.)

Uretero-sigmoïd anastomosis by direct elliptical connection. A preliminary report. J. of Urol. 1949, 61 : 728.

130 - OURADOU (J.)

Dérivation urinaire et vessies de substitution. Indications des néo-vessies iléales. Thèse de Lyon 1957.

131 - PAULL (L.P.), HODGES (C.V.)

The rectosigmoïd colon as a bladder substitute. J. Urol. Balt. 1955, 74 : 360

132 - PERLMAN (S.)

Hernblase Regeneration. Zschr. für Urol. 1927, 21 : 621.

133 - PERS (M.)

Reabsorption from urine in colon. Experimental studies on some pathophysiology. Conditions following uretero-colic anastomosis. Scand. J. clin. and Lab. Invest. 1954, 6 : 189-202

134 - PETKOVICS (S.)

Two stage total cystectomy in therapy. J. Urol. 1953, 59 :106-107

135 - PYRAH (L.N.)

Les anastomoses uretero-coliques. Ann. Roy. Coll. of Surg. of England. 14, N°3 : 169.

136 - PYRAH (L.N.)

The use of ileum in Urology. Brit.J.Urol. 1956, 28 : 363-370.

137 - PYRAH (L.N.)

Use of segments of small and large intestine un urologic surgery with special reference to problem of uretero colic anastomosis. J. Urol. 1957, 78 : 683-720

138 - QUACKELS (R.), LEDENT (J.)

L'uretero-enterostomie. J. Belge d'Urol. 1954, 22 : 105-252.

139 - REYNOLDS (C.L.)

Study of ileal substitution for creation of continent urinary bladder. Am. J. Surg. January 1960, 99 : 50-56

140 - RICHARDSON (E.)

Bladder regeneration. Minnesota M. 1952, 35 : 547.

141 - RICHES (E.)

Choice of treatment in carcinoma of the bladder. The J. of Urol. 1960, 84 ; N°3 : 472-480

142 - RICHES (E.)

Malignant disease of the urinary tract. The Lancet. 1952, 2 : 537-540.

143 - RICHES (E.W.)

Places of total cystectomy in treatment of bladder growths. Ann. Roy. Coll. Surgeons England. Mars 1956, 18 : 178-200

144 - ROBERT (J.P.)

La cystectomie totale. Maloine Edit. Thèse. Paris 1943

145 - ROSENBERG (M.L.)

Physiology of hyperchloremic acidosis following uretero sigmoïdostomy : study of urinary reabsorption with radio active isotopes. J. Urol. October 1953, 70 : 569-580.

146 - RUBIN (S.W.)

The formation of an artificial urinary bladder with perfect continence. An experimental study. Am. J. Urol. 1948, 60 : 874-901

147 - SANDERS (A.R.), SCHEIN (C.J.), ORKIN (L.A.)

Treatment of bladder tumors. J. of Urol. 1958, 79 : 63.

148 - SAUER (H.R.), BLICK (M.S.), BUCHWALD (K.M.)

Changes in renal function following ureteral transplantation. Surg. Gynec. and Obst. 1949, 89 : 299.

149 - SCHAKMAN (R.)

The technique of total cystectomy in the male. The British J. of Surg. 1958, 46 : 530-533

150 - SCHILLER (H.)

Regeneration of resected urinary bladder in rabbits. Surg. Gynec. and Obst. 1923, 36 : 24.

151 - SEMARD Jean-Claude

Anastomoses uretero-intestinales chez l'adulte. Thèse Paris 1961.

152 - SHOEMAKER (W.C.), TEDESCHI (G.), GROTMINGER (P.J.)

Morphologic changes of intestinal grafts used in bladder reconstruction. A.M.A. Arch. Surg. Mars 1956, 72 : 525-529

153 - SHOEMAKER (W.C.), BOWER (R.), M. LONG (D.)

A new technique for bladder reconstruction. Surg. Gynec. and Obst. 1957, 105 : 643-650.

154 - SHOEMAKER (W.), GROTZINGER (P.)

Total bladder substitution using reversed sero-muscular grafts. S. Forum 1955, 6 : 619-623

155 - SINAIKO (E.S.)

Artificial bladder from gastric pouch. Surg.Gynec. and Obst. 1960 111 : 155-162.

156 - SISK (I.), NEU (V.)

The regeneration of the bladder ; report of a case. Tr. Am. G.U. Surg. 1939, 32 : 197.

157 - SMITH (D.R.), GALANTE (M.)

Use of Bricker operation in urology. Am. J. Surg. August 1958, 96 254-263.

158 - SMITH (G.I.), HINMAN (J.F.)

The rectal bladder. Experimental and clinical aspect. J. of Urol. 1955, 74 : 354

159 - STAKEMANN (G.)

Uretero intestinal anastomosis. Acta chir. Scand. 1957, 112 : 374

160 - STEIFFERT

Operations Lehre. Kirschner. J. Springuer Edit. Berlin 1937 vol V/2 : 167-168

161 - STALEY (C.J.), SCANLON (E.F.)

Urinary diversion : metabolic alteration, associated with use of isolated ileal segments. Surgery. Oct. 1958, 44 : 646-654.

162 - STONNINGTON (O.G.), EISEMAN (S.)

Perineal sigmoïdostomy in cases of total cystectomy. J. of Urol. 1956, 76 : 74.

163 - THOMPSON (G.J.)

Prognosis in vesical neoplasm. J.A.M.A. Jan. 1960, 172 : 28-33

164 - TIZZONI FOGGI (A.)

Die weiderherstellung der Harnblase Experimentelle Untersuchengen. Zentral blatt f. Chir. 1888, 15 : 921-924

165 - TRUC (E.)

A propos de la cystectomie. J.d'Urol. 1949, 55 : 958-959

166 - TRUC (E.), LAVAL (P.), CARABALONA (J.)

Implantation uretero-intestinale. Technique. Résultats. J. d'Urol. 1950, 56 : 205-210.

167 - TRUC (E.), HENRIET (R.)

La néovessie rectale (avec colostomie périnéale transsphinctérienne). Principe, technique, indication. J. d'Urol. 1956, 65 : 413-420

168 - TRUC (E.), HENRIET (R.)

Néovessie rectale et colostomie périnéale transsphinctérienne assurant dérivation séparée et continence des urines et des matières. J. d'Urol. 1958, 64, N°7-8 : 444

169 - TRUC (E.), LEVALLOIS (M.), HENRIET (R.)

Néovessie rectale et colostomie périnéale transsphinctérienne assurant dérivation séparée et continence des urines et des matières. J. d'Urol. 1959 ; 65 : 89-93

170 - TRUC (E.), LEVALLOIS (M.)

La pollakiurie résiduelle des cysto-intestino-plasties. Condition d'utilisation des différents segments. Iléon. Sigmoïde. Rectum. J. d'Urol. 1959, 65 : 456-459

171 - TRUC (E.), HENRIET (R.)

La néovessie rectale (avec colostomie périnéale trans-sphinctérienne). Observations et résultats. J. d'Urol. 1959, 65 : 740-747

172 - TRUC (E.), GRASSET (D.)

Etude dynamique des néo-vessies. Journal d'Urol. et de Néphrologie. 1961, 67, N°7-8 : 497-500

173 - TURNBULL (R.B.), Jr, HIGGINS (C.C.)

Ileal valve pouch for urinary tract diversion. Preliminary report of eight cases. Cleveland Clin. Quart. 1957, 24 : 187.

174 - TRUINE (N.T.)

Prévention of late complications of uretero-colostomy by methods of fecal exclusion. Brit.J. Surg. 1956, 43 : 650-658

175 - ULM (H.)

Construction of a substitute urinary bladder from ileum and colon. A.M.A. Archives of Surgery. 1959, 78 : 122

176 - VIOLLET (G.)

Tactique opératoire dans la cystectomie totale pour cancer chez l'homme. Thèse Paris. 1949

177 - WAITE-BOHNE (A.)

Present status of surgical procedures for uretero-enteric-anastomosis. J. of Urol. 1953, 70, N°4 : 681.

178 - WAITE-BOHNE (A.), RUPE (C.E.)

Hyperchloremic acidosis. A study of the mechanism of uretero sigmoïdostomy. Surg. Gynec. and Obst. 1953, 96 : 541

179 - WALLACE (D.M.)

Surgery in treatment of bladder tumors. Brit.J. Radiol. August 1960, 33 : 487-490

180 - WELLS (CH.)

Transplantation of ureter to ileal loop. Ann. Roy. Coll.Surgeons England. 1953, 13 : 71-84

181 - WELLS (CH.)

The use of intestine in urology. Brit.J.Urol. 1956, 28 : 335.

182 - WETTERWALD (F.)

Les anastomoses urétéro-coliques. Sem. des Hôp. Ann. de Chir. 1955, 31, N°5 : 302-305

183 - WEYRAUCH (H.M.), YOUNG (B.W.)

Evaluation of common methods of uretero intestinal anastomosis. An experimental study. J. Urol. 1952, 67 : 880.

184 - WHITMORE (W.F.) Jr, MARSHALL (V.F.)

Carcinoma of bladder. S. Clin. North America. April 1953, 33 : 501-515

185 - WHITMORE (W.F.), MARSHALL (V.F.)

Radical surgery for carcinoma of the urinary bladder. Cancer. 1956 9 : 596-608

186 - WILKINS (S.A.)

Experience with complications after uretero intestinal transplantation with comment of use of rectal bladder. Cancer, 1958, 11 : 40-47

187 - WILKINS (S.A.), WILLS (S.A.)

The rectal bladder for urinary diversion. Surg. Gynec. and Obst. 1959, 109 : 1 - 12

188 - WOODRUFF (L.M.), COOPER (J.F.), LEADBETTER (W.F.)

Uretero enterostomy : experimental studies. J. Urol. 1952, 67 : 873

189 - YEATES (K.)

A technique of ileo-cystoplasty. Brit. J. Urol. 1956, 28 : 410